TOM IV 1927 r. ZESZYT 3.

# POLSKI PRZEGLĄD OTO-LARYNGOLOGICZNY

## Z dziejów rozwoju i organizacji kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Poznańskiego.

Podał Doc. Dr. ALFRED LASKIEWICZ,

kierownik kliniki.

W okresie przedwojennym powyższy temat ograniczyłby się zapewne do krótkiego tylko sprawozdania z działalności kliniki za dany przeciąg czasu; jednakowoż w obecnych warunkach organizacji warsztatów pracy naukowej, temat ten zasługuje, zdaniem mojem, na szersze omówienie tembardziej, że chciałbym równocześnie zaznajomić Szanownych Czytelników z dotychczasowemi wynikami naszej pracy organizacyjnej i klinicznej w ciągu ubiegłych lat sześciu. Klinika otolaryngologiczna U. P. założona w październiku 1921 r. jako uniwersyteckie ambulatorjum otolaryngologiczne przez ś. p. prof. d-ra Ant. Jurasza mieściła się początkowo w wypożyczanych od oddziału chirurgicznego na popoludniowe godziny 2 małych ubikacjach w szpitalu miejskim, wejście od ulicy Podgórnej 12. W ciężkich nader warunkach przeważnie własnym sumptem (instrumentarjum, biblioteka) stworzył ś. p. prof. Jurasz tę nową placówkę pracy naukowej w naszym uniwersytecie, wnosząc w nią cały młodzieńczy zapał do pracy i łamiąc z przedziwną energją i wytrwałością wszystkie braki ówczesnego urządzenia. Mimo podeszłego już wieku poświęcał on wszystkie swoje z dnia na dzień podupadające siły dla dobra chorych, nauki i uczącej się młodzieży. Przy szczupłej frekwencji chorych przychodnich, wynoszącej zaledwie kilku chorych dziennie, (ogólna liczba ambulantów z końcem roku 1922 wynosiła 246) zdołał ś. p. prof Jurasz w ciągu niespełna lat 2-ch, zebrać materjał do swoich 2-ch ostatnich publikacyj, z których 1-sza dotyczyła nader rzadkiego przypadku „oderwania się krtani ze skręceniem po przesypaniu granatem", 2-ga natomiast „o ewolucyjnych i inwolucyjnych zmianach w krtani w obrazie klinicznym" stanowi zarazem zakończenie tego ulubionego tematu z zakresu fonetyki, którym się całe życie szczegółowo zajmował.

Troskliwy o dalsze losy i rozwój rozpoczętego dzieła, a wszczególności dbały o postęp metodyki nauczania otolaryngologji ś. p. prof. Jurasz dokonał jeszcze w lipcu 1923 roku przeniesienia swojego ambulatorjum do obszerniejszych pomieszczeń kliniki chirurgicznej U. P. mieszczącej się podówczas w szpitalu Przemienienia Pańskiego i tem samem rozszerzył i podniósł zakres działania dotychczasowej przychodni do znaczenia polikliniki dla chorych na gardło, nos i uszy. W kilka dni później zmożony ciężką niemocą zmuszony był opuścić tę umiłowaną przez siebie placówkę naukową, do której zrządzeniem nieubłaganego losu nie miał już nigdy powrócić.

Objąwszy na zlecenie rady wydziału zastępczo wykłady i kierownictwo polikliniki osieroconej po nieodżałowanej pamięci naszym Mistrzu, dokładałem wszelkich starań, by rozpoczęte przez Niego dzieło rozwijać w dalszym ciągu mimo trudnych wciąż jeszcze warunków pracy organizacyjnej. Wszakże dopiero z początkiem roku 1924 zdobyliśmy się na sprawienie własnego pantostatu tak niezbędnego dla naszej pracy klinicznej. W krótkim stosunkowo czasie udało się nabyć niezbędne czasopisma, nowsze podręczniki naukowe, preparaty oraz najkonieczniejsze tablice do wykładów, przyczem równocześnie kompletowano przyrządy do operacyj usznych, nosowych i krtaniowych a w końcu sprawiono także bronchoesophagoskop. Liczba chorych przychodnich wynosiła z końcem roku 1923-go *978*. Zabiegi mniejsze wykonywano w ambulatorjum, większe jak trepanacje uszne, operacje doszczętne jam bocznych, laryngofissury i t. p. w sali operacyjnej kliniki chirurgicznej. Wykłady i ćwiczenia z pomocą 2-ej etatowej asystentki prowadzono w pomieszczeniu polikliniki. W październiku 1924 r. zyskaliśmy czasowe pomieszczenie do chwili urządzenia stałej w colleg. med. przy ulicy Fredry 10 w 2-ch oddzielnych ubikacjach polikliniki wewnętrznej, przylegających do sali wykładowej zakładu farmakologji, z której mieliśmy sposobność korzystania do wykładów i ćwiczeń z otolaryngologji.

Oczywiście, że w tych warunkach, gdzieśmy mieli możność pracowania tylko w godzinach popołudniowych, a conajwyżej, za specjalnem porozumieniem, godzinę przed południem o jakimś systematycznym rozwoju pracy klinicznej mowy być nie mogło. Ograniczyć się ona musiała z konieczności do załatwiania przypadków ambulatoryjnych, wykonywania zabiegów mniejszych na chorych przychodnich, których liczba wynosiła z końcem 1024 r. 1045. Większe zabiegi, t. j. trepanacje ucha, operacje doszczętne jam bocznych nosa, laryngo-

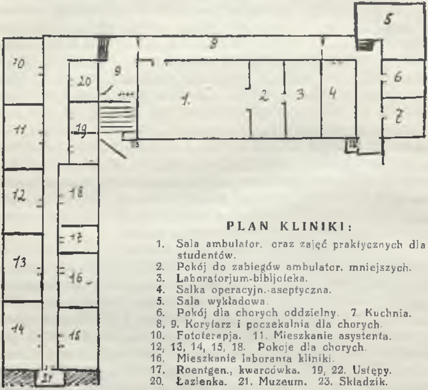
fissury i t. p. wykonywano nadal w szpitalu miejskim, Przem. Pańsk. i św. Józefa.

Dopiero w końcu roku 1925, błysła dla nas nadzieja lepszej przyszłości. Dzięki niestrudzonym zabiegom ówczesnego dziekana p. prof. Jurasza, którego niespożyte zasługi około podniesienia i dalszego rozwoju naszej polikliniki na tem miejscu z całem uznaniem i wdzięcznością podnieść muszę, senat akademicki uchwalił oddać opróżnione ubikacje masztalerni zamkowej przy ul. Fredry 7, na pomieszczenie naszej kliniki. Chodziło teraz tylko o wyjednanie kredytów na urządzenie sali ambulatoryjnej, operacyjnej oraz 5-ciu pokojów dla chorych stałych, tem więcej, że ministerstwo przyznało na ten cel zaledwie kilkaset złotych. I w tym względzie usilne starania p. dziekana Jurasza posunęły sprawę naprzód tak, że z początkiem kwietnia 1926 roku ukończono roboty inwestycyjne, a po odmalowaniu ścian i wysłaniu linoleum podłóg w sali ambulatoryjnej i przyległej salce operacyjnej oddano z początkiem czerwca tegoż roku te zupełnie urządzone ubikacje do naszego użytku.

Chwila ta miała dla nas doniosłe znaczenie, gdyż stanowi ona zasadniczy zwrot w naszej dotychczasowej działalności, zmieniając jej zakres działania z poliklinicznej na kliniczną. Jakkolwiek początkowo nowoutworzona klinika nie posiadała jeszcze kuchni i tem samem nie mogła być uruchomiona, praca kliniczna i dydaktyczna wszakże postępowała niemal z każdym dniem naprzód. Liczba chorych przychodnich która z końcem roku 1925 wynosiła 2308, doszła w końcu roku 1926 do 2538 przyczem zaznaczyć należy, że zabiegi lżejsze wykonywano w ambulatorjum kliniki z możnością umieszczenia na miejscu chorych w nagłych wypadkach lub w razie krwotoku. Cięższe natomiast zabiegi musiano nadal wykonywać na oddziałach szpitalnych.

W niedługim stosunkowo czasie, bo już z początkiem marca 1927 r. na skutek interwencji p. dziekana Jurasza i J. M. p. Rektora Grochmalickiego oddano przyległe ubikacje, składające się z 4 pokojów zamieszkałych dotąd przez służbę zamkową, na cele rozbudowy naszej kliniki. W ten sposób kwestja urządzenia kuchni, pralni, salki operacyjnej aseptycznej, oraz salki wykładowej była w zupełności rozwiązana. Z początkiem czerwca b. r. posiadała więc wszechnica nasza już całkowicie urządzoną klinikę otolaryngologiczną, która, jak z załączonego planu wynika, zajmuje całe piętro, t. j. część środkową i 2 boczne skrzydła, ułożone w czworobok, z których prawe jest 2 razy dłuższe aniżeli lewe. Część środkowa obejmuje dużą salę ambula-

toryjną, mogącą pomieścić wygodnie 12 stolików do badań i ćwiczeń dla 24 słuchaczy. Tuż obok znajduje się salka przeznaczona



**PLAN KLINIKI:**

1. Sala ambulator. oraz zajęć praktycznych dla studentów.
2. Pokój do zabiegów ambulator. mniejszych.
3. Laboratorjum-bibljoteka.
4. Salka operacyjn.-aseptyczna.
5. Sala wykładowa.
6. Pokój dla chorych oddzielny. 7. Kuchnia.
8, 9. Korytarz i poczekalnia dla chorych.
10. Fototerapja. 11. Mieszkanie asystenta.
12, 13, 14, 15, 18. Pokoje dla chorych.
16. Mieszkanie laboranta kliniki.
17. Roentgen., kwarcówka. 19, 22. Ustępy.
20. Łazienka. 21. Muzeum. 23. Składzik.

do zabiegów ambulatoryjnych, która zarazem może być użyta jako pokój do endoskopji, dzięki urządzeniu do całkowitego zaciemniania. Do salki tej przylega mały pokoik, zamieniony na laboratorjum i bibljotekę kliniczną. Po zewnętrznej stronie tych ubikacji mieści się długi 15-to m. korytarz, w którym urządzono poczekalnię dla chorych przychodnich. W końcu korytarza znajdują się drzwi prowadzące do ubikacyj mieszczących się w lewem skrzydle budynku. Z małego korytarza wchodzi się tu po prawej ręce do salki operacyjnej aseptycznej. Tuż poza nią korytarz zagina się pod kątem prostym, przy którego podstawie jest wejście do sali wykładowej, a w dalszym ciągu po lewej ręce wchodzi się do salki dla chorych VI-ej (separatki). Wreszcie w końcu korytarza prowadzą drzwi do kuchni.

Na początku prawego skrzydła naprzeciw głównego wejścia



Sala do przyjęć ambulatoryjnych oraz zajęć praktycznych dla słuchaczy.



Pokój do zabiegów ambulatoryjnych i endoskopji.

znajduje się mały korytarzyk który zmieniono również na poczekalnię dla chorych przychodnich. Z niego po schodkach wchodzimy do długiego 30-to m. korytarza biegnącego pomiędzy szeregiem ubikacyj kliniki stałej. Zaraz na początku prawego skrzydła znajduje się pokój do phototherapji, w którym umieszczono lampę łukową Wesselyego, lampę Finsena oraz lampę kwarcową Bacha. Następny pokój przeznaczony jest na mieszkanie dla asystentów. Naprzeciw niego łazienka dla chorych, w której mieści się kocioł do steryiizowania bielizny i opatrunków klinicznych. W dalszym ciągu ustępy dla mężczyzn i kobiet, poza któremi następują pokoje dla chorych, leżące symetrycznie na przeciw siebie po obu stronach korytarza. Pomiędzy 1-szym, a 3-cim pokojem dla chorych mieści się pokój do badania i leczenia Röntgenem, a następnie mały pokoik stałego laboranta kliniki. W końcu korytarza oddzielony przepierzeniem schowek na tablice do wykładów oraz preparaty muzealne. Wszystkie ubikacje zaopatrzone są w oświetlenie elektryczne, gaz oraz ciepłą i zimną wodę. Łóżek dla chorych posiada 20 (t. j. 2 pokoje po 4 łóżka i 4 pokoje po 3 łóżka) którą to liczbę można w razie potrzeby zwiększyć do 24-ch. Bielizna i okrycia narazie dla 20-tu chorych na 3 zmiany. Przyrządów do badania chorych jak również do wykonywania zabiegów leczniczych i operacyjnych posiadamy dostateczną liczbę. Z przyrządów do endoskopji mamy: direktoskop Haslingera, Seiferta, dwa kompletne broncho-oesophagoskopy (Brunings, Kahler-Leiter), relaskop Wesselyego oraz mikroskop uszny Eckert-Moebiusa. Pozatem klinika posiada 2 pantostaty Siemensa, przyrząd do diathermji i elektrokoagulacji Siemensa, inhalator elektryczny (Elektroathmos) oraz kilka innych rodzajów wziewalników, wreszcie wymienić tu należy stereokamerę Hegener-Zeissa do zdjęć stereoskopowych krtani, gardła, nosa i ucha. Dział phototherapji jest stosunkowo bogato reprezentowany. Mamy bowiem aparat Roentgena, (Explorator Siemensa) do prześwietlań, zdjęć oraz leczenia powierzchownego prom. X., lampę łukową Wesselyego typu Goerz-Reinera do leczenia gruźlicy krtani i nosa, lampę Finsena, lampę kwarcową Cemacha do leczenia nosa oraz kwarcówkę ogólną Bacha.

Do celów dydaktycznych klinika posiada aparat projekcyjny Leitza, szereg tablic z zakresu anatomji, fizjologji i patologji krtani, tchawicy, gardła, nosa, ucha i głosu, ilustrujących wykład. Prócz tego modele i praparaty narządów górnych dróg oddechowych i ucha, stereoskop do pokazywania zdjęć stereoskopowych tych narządów przyrządem Hegener-Zeissa, fantom Killiana do laryn-



Sala operacyjna aseptyczna.



Laboratorjum, bibljoteka.



Jedna z sal dla chorych.



Pokój dla leczenia i prześwietlania pr. Roentgena, lampą kwarcową Cemacha. Stereokomera Hegener—Zeissa.

goskopji i rynoskopji tylnej, monochord Struyckena, komplet stroików do badania słuchu, model błędnika Raucha, otokalorymetr Brüningsa, model ucha Boeninghovena i t. p. Zato laboratorjum histologiczne i bakterjologiczne jest dopiero w stadjum organizacji, a to głównie z powodu braku środków na jego urządzenie jak również z powodu zbyt bliskiego sąsiedztwa z zakładami teoretycznemi z których pracowni korzystamy do pracy naukowej. Okoliczność ta nie daje zbytnio odczuwać braku odpowiednich pracowni teoretycznych w klinice. Na poczet organizującego się laboratorjum sprawiliśmy dotąd mikroskop Leitza, mikrotom saneczkowy Reicherta, termostat oraz najkonieczniejsze przyrządy do preparatów histologicznych.

Księgozbiór kliniczny zawiera cenne dzieła źródłowe i publikacje z pierwszej epoki rozwoju laryngologji i otologji, pochodzące z darów ś. p. prof. D-ra Ant. Jurasza. Oprócz tego posiadamy komplet czasopism nauk: Zentralblatt i Zeitschrift f. Hals-Nasen Ohrhde, Monatschrift f. Ohrhde u. Larhinolog., Revue de laryng. i Annales des maladies de l'oreille... Folia otolaryng. oraz Acta otolaryng. od r. 1921 podzien dzisiejszy. Starsze roczniki wyżej wymienionych czasopism od r. 1921 wstecz znajdują się w dużym księgozbiorze ofiarowanym przez ś. p. prof. D-ra Ant. Jurasza bibliotece uniwersyteckiej, z której możemy w razie potrzeby zawsze korzystać. Prócz tego klinika posiada najnowsze podręczniki naukowe, zbiorowe wydawnictwa i atlasy z zakresu krtani, gardła, nosa i ucha w języku polskim, niemieckim i francuskim, będące podstawą pracy naukowej i klinicznej.

Praca w klinice trwa przed południem od 9-ej (latem od 8½)—1½, w którym to czasie wykonywa się zabiegi operacyjne, przyjmuje chorych, po raz pierwszy się zgłaszających, pozatem także chorych przychodzących poraz 2-gi i to w pierwszym rzędzie zamiejscowych. W godzinach popołudniowych od 4—7 dalszy ciąg 2-go ambulatorjum: zmiana większych opatrunków, phototherapia, badania specjalne do prac naukowych, wygotowywanie historyj chorób, a często także wykonywa się w tym czasie większe zabiegi operacyjne na oddziałach szpitalnych poza kliniką. Dzieci poniżej lat 10-ciu umieszczamy stale do większych zabiegów operacyjnych w szpitalu dziecięcym z powodu braku odpowiedniego pomieszczenia i personelu pielęgniarskiego w klinice. W ciągu roku akademickiego odbywają się również w godzinach popołudniowych wykłady i ćwiczenia z otolaryngologji. Ta strona naszej działalności pozostawia wiele jeszcze do życzenia, a to głównie z powodu braku wykwalifikowanych sił



Pokój do phototherapji gruźlicy krtani.



Sala wykładowa.

pomocniczych, jak również odpowiedniego pomieszczenia dla wzrastającej wciąż liczby słuchaczy (sala wykładowa może pomieścić najwyżej 50-ciu słuchaczy, sala zajęć praktycznych zaledwie 24-ch). Pod względem ilości i jakości prac i artykułów naukowych, którym liczba za dany okres sprawozdawczy wynosi 18-cie, klinika nasza nie może dotąd jeszcze dorównać starszym od siebie instytucjom naukowym innych uniwersytetów. To też zdając sprawę z naszego dorobku naukowego przed forum Szanownych Czytelników prosimy o pewną pobłażliwość i wyrozumiałość ze względu na wyżej przytoczone powody. Oby czynnikiem usprawiedliwiającym nas w tym wypadku było szczere wyznanie: „Ut desint vires, tamen est laudandą voluntas".

Liczba chorych ambulatoryjnych, po raz pierwszy się zgłaszających do kliniki, wynosiła w ciągu okresu sprawozdawczego t. j. do 20/X-1921 — 30/-1927 **6.736**.

Ujęcie statystyczne i podział według chorób poszczególnych narządów górnych dróg oddechowych i ucha przedstawia się następująco:

| | Rok 1922 | Rok 1923 | Rok 1924 | Rok 1925 | Rok 1926 | Rok 1927 do 30/6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **A. Choroby nosa:** | | | | | | |
| Rhinitis ac. | 4 | 3 | 6 | 5 | 8 | 10 |
| „ chron. simpl. | 20 | 12 | 52 | 103 | 246 | 75 |
| „ chron. hyperpl. | 36 | 52 | 120 | 215 | 286 | 260 |
| „ „ atrophica | 9 | 6 | 15 | 20 | 28 | 20 |
| „ „ „ foet. | 2 | 8 | 5 | 6 | 10 | 13 |
| Polypi nar. et choan. | 4 | 12 | 15 | 27 | 25 | 18 |
| Rhinitis vasomotor. | 1 | 3 | 8 | 10 | 15 | 5 |
| Lupus nasi | 3 | 4 | 5 | 3 | 7 | 5 |
| Lues III nasi | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 |
| Erysipelas nasi | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Scleroma nasi z Wołynia | — | 1 | — | — | — | — |
| Sarcoma nasi | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 | 1 |
| Cysta dent | — | — | 1 | — | — | — |
| Cylindroma nasi et maxill. | — | 1 | — | — | — | — |
| Papilloma vest. nasi | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Eczema vest. nasi | 10 | 18 | 27 | 42 | 66 | 36 |
| Acne nasi | 1 | 5 | 7 | 6 | 5 | 4 |
| Furuncul. alae et apic. n. | — | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 |
| Congelatio nasi | — | 1 | — | 2 | — | 1 |
| Atresia vestib. n. (lues cong) | — | — | — | — | — | 1 |
| Sycosis vest. nasi | — | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| Synechia intranas. | — | 1 | 4 | 2 | 4 | 3 |

| | Rok 1922 | Rok 1923 | Rok 1924 | Rok 1925 | Rok 1926 | Rok 1927 do 30 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verruca nasi | — | 1 | — | 1 | — | — |
| Corpus alien. nasi | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| Traumata | 1 | 1 | 1 | 8 | 9 | 2 |
| Haematoma septi | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Perichondritis s. | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 |
| Abscessus septi | — | 1 | 2 | 3 | — | 1 |
| Ulcus cat. septi | 1 | — | 1 | 5 | 6 | 4 |
| Crista septi | 2 | 10 | 19 | 29 | 38 | 21 |
| Deviatio septi | 5 | 16 | 19 | 38 | 71 | 50 |
| Venectasiae septi | — | 1 | 4 | 6 | 5 | 3 |
| Ectasia conchae bullosa | — | 1 | 6 | 3 | 2 | 1 |
| Anosmia | — | 1 | 1 | 1 | — | — |
| Neuralgia trig. | 1 | 3 | 2 | 5 | 4 | 2 |
| Sinuitis maxill. | 3 | 5 | 17 | 20 | 27 | 25 |
| „ frontalis | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| „ Ethmoidalis | 2 | 5 | 2 | 3 | 10 | 5 |
| „ Sphenoidalis | — | — | 1 | — | 1 | — |
| Pansinuitis | — | 1 | — | 1 | 2 | — |
| Veget adenoidales | 22 | 83 | 135 | 170 | 282 | 150 |
| **Choroby jamy ustnej:** | | | | | | |
| Stomatitis ac. | 1 | 3 | 2 | 3 | 5 | 2 |
| Glossitis papill. | — | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 |
| „ exfoliat. | 1 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 |
| Abscessus ad rad. linquae | 1 | — | 1 | — | 1 | — |
| Carcin. linquae | — | 1 | — | 1 | 1 | — |
| Tubercul. linquae | — | 1 | — | 1 | 1 | — |
| Epulis | — | 1 | — | 1 | 2 | — |
| Parotitis epid. | — | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| Periostitis e carie dent. | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 |
| Stomatitis epidemica | 1 | — | — | — | — | 1 |
| Sialoadenitis calcul. | — | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| „ dochitis | — | — | —1 | — | — | — |
| Palatoschisis | — | 1 | 1 | — | 1 | 1 |
| Absces. pal. duri | — | — | | — | — | — |
| **Choroby gardła:** | | | | | | |
| Hyperpl. tons. palatin. | 14 | 34 | 58 | 105 | 110 | 70 |
| „ Lingual. | — | 6 | 4 | 5 | 4 | 3 |
| Tonsillitis chron. | 5 | 40 | 46 | 58 | 96 | 60 |
| Angina cat. | 3 | 6 | 17 | 26 | 28 | 15 |
| „ lacun. | 2 | 4 | 8 | 12 | 32 | 14 |
| „ Vincenti | — | 2 | 6 | 5 | 10 | 2 |
| „ diphterica | — | 1 | 2 | — | 1 | — |

| | Rok 1922 | Rok 1923 | Rok 1924 | Rok 1925 | Rok 1926 | Rok 1927 do 30 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Abscessus peritons anter. | 3 | 4 | 7 | 10 | 24 | 12 |
| „ „ poster. | 1 | 2 | 3 | 7 | 5 | 3 |
| „ retropharyng. | — | 1 | 1 | — | 2 | — |
| Pharyngitis acuta | 3 | 6 | 5 | 8 | 12 | 15 |
| „ chronica granul. | 15 | 48 | 130 | 246 | 368 | 184 |
| „ „ retroarcual. | 8 | 36 | 72 | 108 | 176 | 84 |
| „ „ atrophica | 6 | 12 | 22 | 26 | 31 | 19 |
| „ „ sicca | 1 | 8 | 6 | 20 | 8 | 3 |
| Tubercul. pharyngis | — | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 |
| Lupus „ | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 2 |
| Lues II „ | — | 1 | 2 | 3 | 2 | 1 |
| Lues III „ | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 |
| Herpes pharyngis | — | 1 | — | 1 | — | — |
| Combustio pharyngis | — | 1 | 1 | 1 | — | — |
| Paraesthesiae phar. | 4 | 6 | 8 | 6 | 20 | 3 |
| Venectasiae phar. et ad rad. linquae | — | — | 1 | 2 | 4 | 2 |
| Neoplasmata tons. palat. et phar. | — | 1 | 3 | 4 | 3 | 1 |
| Uvula elongata | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 | 2 |
| Stenosis phar. cicatris | — | 1 | — | 1 | — | 1 |
| Corp. alien. faucium et tons. | — | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| Cat. cavi nasophar. | 8 | 12 | 20 | 26 | 38 | 24 |
| **Choroby krtani:** | | | | | | |
| Laryngitis ac. | 6 | 14 | 15 | 26 | 32 | 22 |
| „ chron. | 8 | 20 | 34 | 48 | 67 | 70 |
| Tuberculosis lar. | 7 | 13 | 25 | 26 | 47 | 36 |
| Lues „ | 3 | 5 | 4 | 3 | 6 | 2 |
| Laryngotracheitis ac. | 4 | 5 | 10 | 16 | 26 | 14 |
| Laryngitis submucosa ac. | — | 1 | 2 | 2 | 1 | — |
| Scleroma lar. (z Wołynia) | 1 | — | — | — | — | 1 |
| Lupus lar. | — | 1 | 2 | 1 | 3 | 1 |
| Perichondr. crico-aryt. absc. | — | 1 | 3 | 2 | 4 | 1 |
| Pachydermia lar. | 1 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 |
| Polypus ch. verae | — | 2 | 4 | 3 | 6 | 3 |
| Papil omata lar. | 2 | 3 | 5 | 4 | 6 | 2 |
| Ca. laryncis | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 2 |
| Traumata lar. | 1 | — | — | — | 1 | — |
| Corp. alien. lar. | — | — | 1 | — | 1 | — |
| Paralysis n. recur. | 2 | 4 | 6 | 7 | 8 | 6 |
| „ m. voc. | 4 | 10 | 15 | 28 | 26 | 20 |
| Oedema lar. | — | 1 | 2 | — | 1 | — |
| Spasmus glottidis | 1 | 3 | 2 | 1 | 2 | — |

| | Rok 1922 | Rok 1923 | Rok 1924 | Rok 1925 | Rok 1926 | Rok 1927 do 30 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Choroby głosu i mowy:** | | | | | | |
| Phonasthenia . . . . . . | — | 3 | 5 | 11 | 12 | 8 |
| Dysphonia spastica . . . . | — | 1 | 2 | 3 | 5 | 2 |
| Aphonia hy. . . . . . . | 1 | 3 | 5 | 4 | 6 | 3 |
| Mogiphonia (hypotonia constr.). . | — | 2 | 4 | 3 | 4 | 2 |
| Dysartria syllabar. . . . . | 1 | 5 | 6 | 8 | 12 | 7 |
| Sigmatismus . . . . . . | 2 | 6 | 8 | 12 | 16 | 5 |
| Rotacismus . . . . . . | — | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Lambdacismus . . . . . | — | — | — | 1 | — | — |
| **Tchawica, oskrzela i przełyk:** | | | | | | |
| Tracheitis ac. . . . . . . | 1 | 4 | 8 | 16 | 24 | 13 |
| Compressio tracheae (struma) . . | — | 2 | 3 | 4 | 5 | 3 |
| Corp. alien. bronchi . . . . . | — | 1 | 1 | 1 | 2 | — |
| Sten. oesophagi cicatr. . . . . | — | 1 | 3 | 4 | 6 | 3 |
| Corp. alien oesophagi . . . . | — | 1 | 3 | 4 | 3 | 2 |
| Ca. oesophagi . . . . . . | — | 2 | 4 | 5 | 4 | 2 |
| Spasmus oesophagi . . . . . | — | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| **Choroby ucha:** | | | | | | |
| Cerumen . . . . . . . . | 50 | 100 | 98 | 102 | 150 | 112 |
| Eczema auric. meat. ext. . . . . | 2 | 13 | 16 | 24 | 36 | 10 |
| Atresia-aplasia auris cong . . | — | — | 1 | 1 | 1 | — |
| Corp. alien. auris . . . . . | 1 | 2 | 4 | 6 | 8 | 4 |
| Othaematoma . . . . . . | — | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| Ceratosis obtur. m. ext. . . . . | — | 1 | — | 1 | — | — |
| Strictura maet. ext. . . . . . | — | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 |
| Exostosis meat. ext. . . . . . | — | 1 | — | 1 | 2 | 1 |
| Otitis ext. fur. . . . . . . | 4 | 19 | 30 | 60 | 68 | 35 |
| Cat. tubae Eust. chron. . . . . | 5 | 26 | 110 | 145 | 254 | 160 |
| Otitis med. catarrhalis ac. . . . | 7 | 15 | 20 | 16 | 24 | 25 |
| „ „ „ chron. . . | 18 | 39 | 55 | 38 | 105 | 51 |
| „ „ porulenta ac. . . | 14 | 28 | 36 | 54 | 56 | 26 |
| „ „ „ chron. . . | 8 | 20 | 25 | 60 | 74 | 68 |
| „ „ granul-polyposa . . | 5 | 16 | 21 | 53 | 70 | 45 |
| „ „ „ c. carie ossea . | — | 2 | 4 | 3 | 7 | 5 |
| Myringitis bull. . . . . . | — | 1 | 1 | 2 | 3 | 1 |
| Mastoiditis ac. . . . . . . | 3 | 5 | 18 | 19 | 20 | 16 |
| „ absc. retroauric. . . | — | 1 | 3 | 3 | 5 | 2 |
| Labyrinthitis luetica . . . . . | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Neuritis acustico-vestib. . . . | — | 1 | 1 | 2 | 3 | 2 |
| Otosclerosis . . . . . . | 1 | 3 | 4 | 6 | 10 | 5 |
| Surditas . . . . . . . . | — | 1 | 1 | 2 | 1 | — |

| | Rok 1922 | Rok 1923 | Rok 1924 | Rok 1925 | Rok 1926 | Rok 1927 do 30/6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Muto surditas cong. | — | — | 1 | 1 | 1 | — |
| Tinnitus nerv. | 1 | 3 | 5 | 7 | 6 | 3 |
| Presbyacusis | 1 | 2 | 4 | 3 | 5 | 2 |
| Cholesteatoma | — | 1 | 3 | 5 | 10 | 6 |
| Thrombosis v. jug. | — | — | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Stat. p. operat. radic. | — | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 |
| Neoplasma ca. auric. | — | — | 1 | — | — | — |
| Absc. subapon-temp. p. mastoid. | — | — | 1 | 1 | — | 1 |
| Traumata (laesiones st p. fract. bas. cranii) | — | — | 2 | 6 | 8 | 2 |
| **Choroby szyi:** | | | | | | |
| Neoplasmata | — | — | 1 | 1 | 2 | — |
| Struma | 2 | 19 | 22 | 30 | 41 | 18 |
| Lymphomata colli | 1 | 3 | 6 | 15 | 16 | 10 |
| Lymphoma subment. | — | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 |
| Abscessus colli | — | 1 | 2 | 3 | 2 | — |
| Fistula colli cong. | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Lymphadenitis colli | — | 1 | 3 | 5 | 3 | 2 |
| Neuralgja auriculo-tempor. | — | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| **Zabiegów operacyjnych większych dokonano ogółem 151:** | | | | | | |
| Trepanacji wyrostka sutkowego | 1 | 8 | 10 | 14 | 16 | 9 |
| Operacji doszczętnej ucha środ. | 1 | 3 | 4 | 5 | 10 | 6 |
| Otwarcia cz. błędnika | — | — | 1 | 1 | — | 1 |
| Operacji Caldwell-Luca | — | 1 | 2 | 3 | 4 | 2 |
| „ Denkera | — | — | 1 | — | — | — |
| „ Claoué | — | — | 2 | 1 | 2 | 1 |
| „ Killiana | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Wyłuszczenia torbieli przynos. | — | — | — | 1 | — | — |
| Rozszczepienia krtani | — | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Rozcięcia tchawicy | — | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 |
| Laryngostomji | — | 1 | — | 1 | — | — |
| Wydobycia ciała obcego z oskrzeli | — | — | 1 | 1 | 2 | 1 |
| „ „ „ z przełyku | — | 1 | 2 | 4 | 5 | 4 |
| **Mniejszych zabiegów dokonano 2672:** | | | | | | |
| Adenotomji | 22 | 83 | 135 | 170 | 282 | 150 |
| Tonsillotomji | 10 | 30 | 50 | 54 | 55 | 48 |
| Tonsillectomji | — | 12 | 14 | 15 | 12 | 5 |
| Conchotomji | — | 3 | 4 | 5 | 16 | 7 |

| | Rok 1922 | Rok 1923 | Rok 1924 | Rok 1925 | Rok 1926 | Rok 1927 do 30 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Wycięcie polipów choan. . . | — | 1 | 1 | 3 | 4 | 2 |
| „ „ nosowych . | 4 | 12 | 15 | 27 | 25 | 18 |
| „ podśluzowego przegrody . | — | 2 | 4 | 5 | 6 | 2 |
| Otwarcie ropni przegrody . . | 1 | 3 | 4 | 4 | 5 | 2 |
| Galwanok. śródnosowej-śródkrt. . | 10 | 34 | 62 | 110 | 248 | 156 |
| Zabiegów diatermo-koagul. w nosie . | — | — | — | — | 2 | 5 |
| Wycięcia polipa krtani . . . | — | 2 | 8 | 7 | 12 | 6 |
| Amputacji nagłośni . . . . | — | 1 | 2 | 3 | 3 | 1 |
| Wycięcia nacieczeń w krtani . | 2 | 8 | 17 | 18 | 38 | 20 |
| Otwarcia ropnia okołomigdałk. . | 1 | 4 | 7 | 10 | 24 | 12 |
| „ „ tylnogardłowego . | — | 1 | 1 | 2 | 2 | — |
| Wydobycia ciała obcego z nosa . | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| „ „ „ z ucha . | 1 | 2 | 4 | 6 | 8 | 4 |
| „ „ „ z gardła . | 1 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 |
| „ „ „ z krtani . | — | — | 1 | — | 1 | — |
| Usunięcie kamienia ślinowego . . | — | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 |
| Wycięcie polipów usznych . . | 5 | 15 | 18 | 49 | 65 | 30 |
| Przebicie błony bębenkowej . . | 1 | 4 | 6 | 10 | 38 | 16 |
| Wycięcie listwy i kolca przegrody n. | — | 10 | 19 | 29 | 36 | 18 |
| Otwarcie kom. sitowych . . . | 2 | 5 | 2 | 3 | 10 | 5 |

## Znieczulenie rektalne w otolaryngologji.

Podał JAN SZMURŁO (Wilno).

Znieczulenie w otolaryngologji od szeregu lat stanowi jeden z najważniejszych tematów, nie schodzący niemal na chwilę z łamów prasy otolaryngologicznej, poruszany stale na zjazdach otolaryngologicznych, zwłaszcza niemieckich, opracowany w licznych monografjach przez tak wytrawnych klinicystów jak Braun, Canuyt, Haecker, Amersbach, Caesar Hirsch i wielu innych. I nic w tem dziwnego, ponieważ w otolaryngologji sprawa znieczulenia napotyka właśnie na wybitne trudności. Operujemy bowiem w miejscach nadzwyczaj obficie zaopatrzonych w nerwy czuciowe, a więc bardzo bolesnych, w miejscach, gdzie użycie maski inhalacyjnej (nos, gardło, krtań) utrudnia w wysokim stopniu, a nieraz wprost uniemożliwia zabieg operacyjny. Dla tego oddawna w tej dziedzinie, więcej niż w każdej innej, zwrócono uwagę na znieczulenie miejscowe i wypracowano szereg metod dla każdej okolicy, np. dla każdej poszczególnej części

nosa, gardła, krtani i ucha, mniej lub więcej udatnych, dających mniej lub więcej pomyślne wyniki.

Jednakże metoda znieczulenia miejscowego nie zawsze daje się zastosować. Nieraz mamy do czynienia z chorymi, którzy zgadzają się na operację tylko pod warunkiem, że zostaną uśpieni i warunek ten lekarz zmuszony jest wykonać pomimo trudności, jakie to wykonanie pociąga za sobą. Zresztą, pomijając kategoryczne żądanie pacjenta być uśpionym podczas operacji, sami nieraz powinniśmy go stosować nawet wówczas, jeżeli chory życzy sobie poprzestać na znieczuleniu miejscowem. Pamiętam przypadek lekarza, którego przed 15-tu laty trzeba było operować z powodu ropnego zapalenia wyrostka sutkowego, powikłanego, jak się podczas operacji okazało, ropniem zewnątrzoponowym. Chory zażądał kategorycznie, ażeby go operowano w znieczuleniu miejscowem. Życzeniu chorego stało się zadość: został on bardzo dobrze znieczulony, bólu żadnego w istocie nie odczuwał, ale każde uderzenie młotkiem odbijało się na nim bardzo silnie: wzdychał, dopytywał się wciąż, czy operacja prędko się skończy, i ujawniał wogóle znaczne zdenerwowanie, które udzielało się bezwiednie operującemu i asyście. Wówczas pomyślałem sobie, że nieludzkiem byłoby wogóle pozwalać bez potrzeby znosić podobne męki duchowe choremu i tak już dotkniętemu ciężkiem cierpieniem, odmawiając mu dobrodziejstwa, jakiem jest uśpienie podczas operacji. A jednak niektórzy otolodzy wystawiają jako zasadę konieczność wykonywania w znieczuleniu miejscowem wszelkich operacyj doszczętnych ucha środkowego, w ten sposób bowiem, według ich zdania, można stwierdzić najlepiej stan narządu statycznego podczas operacji. Takiego poglądu trzymają się i tak operują otolodzy skandynawscy: Barany, Holmgren, Mygind i ich uczniowie. Zasada teoretycznie słuszna w praktyce przedstawia dla chorego tyle przykrych i bolesnych wrażeń, tak przygnębiająco może podziałać na jego stronę duchową, dając w następstwie ciężką nerwicę, że wątpliwem nieraz się wydaje, czy korzyść z pozostawania chorego w stanie całkowitej świadomości podczas operacji pokryją te straty, jakie organizm poniósł wówczas wskutek wstrząsu moralnego.

Dla tych powodów, sądzę, w otolaryngologji, oprócz znieczulenia miejscowego, zawsze będzie istniała potrzeba stosowania znieczulenia ogólnego, zamroczenia świadomości chorego w mniejszym lub w większym stopniu, potrzeba narkozy. I tutaj właśnie wysuwają się na plan pierwszy warunki, jakim powinna odpowiadać owa narkoza. Warunki te, sądzę, są następujące: 1) powinna ona być w miarę

potrzeby całkowita lub częściowa, 2) stosowanie jej w żadnym razie nie powinno przeszkadzać dokonywaniu operacji.

Punkt pierwszy, zdaje się, wymaga pewnych wyjaśnień. Idealnym, zdaniem mojem, byłby podczas operacji taki stan chorego, w którym, nie będąc zupełnie pozbawionym przytomności, jednocześnie nie odczuwałby on żadnych bólów, żadnych przykrych wrażeń, nie zdawałby sobie sprawy z tego, co się z nim i naokoło niego odbywa.

Drugi punkt nie przedstawia, oczywiście, żadnych wątpliwości. Narkoza, której przeprowadzenie połączone jest z ciągłemi przerwami podczas operacji, przedłużająca czas jej trwania, utrudniająca różne rękoczyny, jest zła. Taką złą narkozą będzie zwykła narkoza inhalacyjna, chloroformowa czy też eterowa z użyciem masek na twarz, albo na nos podczas operacji w nosie, w gardle, albo w krtani. Świadomość braków, jakie przedstawia zwykła metoda inhalacyjna w otolaryngologji, szeroko była oddawna już rozpowszechniona. W celu jej zastąpienia Delbet, Kuhn i inni zaproponowali rurki różnego rodzaju i kalibru, które, będąc wprowadzone przez usta do tchawicy, dawały możność wziewania środka narkotyzującego zdala od pola operacyjnego. Metody te wszakże, wymagające użycia pewnych dość złożonych przyrządów, których wprowadzenie do tchawicy przedstawia pewne trudności techniczne, znajdują zastosowanie w razach rzadkich, kiedy inne metody, zwłaszcza znieczulenie miejscowe, zawodzą. Proponowana była metoda dożylnego stosowania eteru, która wszakże ze względu na połączone z nią niebezpieczeństwa nie znalazła szerszego zastosowania. Przedewszystkiem więc wysunęła się na widownię ***metoda znieczulenia ogólnego drogą wprowadzenia eteru do kiszki prostej***.

Metoda ta znana już była oddawna, niemal od chwili wprowadzenia eteru do skarbnicy środków lekarskich. Zaproponował ją z jednej strony francuski chirurg Roux, z drugiej prawie równocześnie z nim słynny chirurg rosyjski Pirogow na początku drugiej połowy ubiegłego stulecia. W ślad za nimi poszli i inni chirurdzy; poczęły się zjawiać coraz liczniejsze spostrzeżenia pełne nieraz entuzjazmu, a obok nich obserwacje zakończone niepomyślnie, które poderwały zaufanie do nowej metody i na długi czas powstrzymały jej rozwój. Wprowadzano wówczas eter do kiszki w postaci gazowej, umieszczając eter w naczyniu z ciepłą wodą i łącząc naczynie, zawierające eter, za pomocą rurki gumowej z kiszką prostą. Niepomyślne wyniki, zakończone zejściem śmiertelnem, były spowodowane w tych razach krwawieniem z kiszek, zapaleniem otrzewnej i ostrym zanikiem wątroby

Po próbach stosowania eteru w postaci gazowej poszły próby mieszania go z dużą, nieraz 2 — 3-ch litrową ilością wody. I te próby jednak obok wyników pomyślnych miały szereg niepowodzeń. *Burkhardt* proponował wprowadzenie eteru dożylne z roztworem fizjologicznym NaCl i chwalił bardzo wyniki, inni natomiast spotykali przy tym sposobie objawy zatrucia. Nie mogę na tem miejscu podawać długiej historji stosowania narkozy eterowej w postaci lawatyw. Interesujących się tą kwestją odsyłam do wyczerpującej pracy *F. Kijewskiego*, podanej w księdze pamiątkowej Warszawskiego Lazaretu Miejskiego, ogłoszonej w roku 1916.

Zaznaczyć na tem miejscu tylko muszę, że na właściwe tory stosowanie narkozy rektalnej weszło dopiero z chwilą, kiedy lekarz amerykański *Gwatmey* ustalił, że jedynym środkiem, który się nadaje do wprowadzenia eteru do kiszki stolcowej jest oliwa, i pierwszy począł z wynikiem zupełnie pomyślnym taką mieszankę a właściwie roztwór eteru w oliwie stosować w praktyce chirurgicznej.

Drugim, faktem mającym równe pierwszemu znaczenie, było ustalenie przez chirurgów zasady, że nie wolno do narkozy rektalnej używać innego eteru, jak tylko najstaranniej oczyszczonego, wolnego od wszelkich domieszek, jakiego się używa do narkozy inhalacyjnej. Te dwa czynniki sprawiły, że metoda narkozy rektalnej, przeprowadzona z całą ostrożnością i dokładnością jest również bezpieczna, jak narkoza eterowa inhalacyjna i daje równie pomyślne wyniki. Wprawdzie w ostatnich czasach ukazał się w Monatschrift für Ohrenheilkunde artykuł pióra *Kaliny* z Odessy, który, opierając się na materjale z czasów wojny oraz na dwóch doświadczeniach na psach dochodzi do wniosku, że narkoza ta, posiadająca wiele zalet, przedstawia również wiele niebezpieczeństw, może bowiem wywołać zejście śmiertelne wskutek ostrego żółtego zaniku wątroby. Przeciw tym wywodom Kaliny można wysunąć tę okoliczność, na którą zresztą sam on zwracał uwagę, że podczas wojny, zwłaszcza po 1916 r., warunki życia żołnierskiego na froncie były bardzo złe, że żołnierze byli osłabieni, wycieńczeni, gorzej reagowali na podawane im lekarstwa, i że same lekarstwa, a więc i eter, nie odznaczały się temi własnościami, które były od nich wymagane. Zamiast zupełnie czystego eteru *pro narcosi*, jaki bezwarunkowo należało stosować w narkozie rektalnej, w szpitalach rosyjskich wojskowych używano eteru zwykłego, a więc zanieczyszczonego różnemi substancjami bynajmniej nie obojętnemi dla ustroju. Skutki tego musiały być opłakane. To też kiedy *Moniuszko* na 204 przypadki miał 2 zejścia niepomyślne,

wskutek zresztą, jak sam autor zaznacza, beznadziejnego stanu chorych, kiedy *Kijewski* na 164, *Horodyński* na 40, a my w klinice Wileńskiej na 122 nie mieliśmy ani jednego przypadku śmierci, ani jednego przypadku cięższego powikłania, lekarze rosyjscy z okresu wojny i cięższego jeszcze okresu rewolucji i rządów bolszewickich mieli według *Kaliny* na 1200 przypadków narkozy rektalnej 17 przypadków śmierci. Zresztą dla bezstronności należy przyznać, że i prasa francuska takie niepomyślne zejścia również notuje. *Wiart* np. w dyskusji, jaka rozwinęła się w 1919 r. w Towarzystwie chirurgów francuskich, podał 8 przypaków śmierci na 2500 narkoz odbytniczych. O jednym przypadku śmierci z kliniki *Lannois* mówi *Jacod*. Nie wiemy, w jakich warunkach pracowali chirurdzy francuscy; bezwątpienia były one znacznie lepsze niż w Rosji, za to zmęczenie i wycieńczenie francuskiego żołnierza, którego wówczas operowano i któremu stosowano narkozę rektalną, było nie mniejsze niż żołnierza rosyjskiego, a może nawet większe, jeżeli wziąć pod uwagę mniejszą jego liczebność oraz tę okoliczność, że główny teatr wojny na Zachodzie stanowiła Francja. Zresztą dla wyprowadzenia pewnych wniosków potrzebne byłoby zebranie danych, jaki odsetek śmiertelności przypadał na narkozę inhalacyjną podczas wojny wogóle. Wtedy mielibyśmy dane porównawcze, których nam obecnie brak.

Bądź co bądź musimy stwierdzić, że narkoza rektalna, jak każda zresztą narkoza, a nawet jak każdy sposób znieczulenia, ma swoje niebezpieczeństwa, o których pamiętać winniśmy. Im większą zdajemy sobie sprawę z niebezpieczeństw jakie przy jej zastosowaniu mogą się zdarzyć, tem łatwiej niebezpieczeństwom tym zapobiec będziemy w możności.

Stosować metodę rektalną możemy w trzech postaciach. Przedewszystkiem w jej postaci klasycznej, podanej przez *Gwatmeya*. A więc po uprzedniem oczyszczeniu kiszki stolcowej za pomocą lawatywy wprowadza się do niej mieszankę, a właściwie roztwór eteru w oliwie, przyczem *Gwatmey* radzi brać 28,3 gr. 50% — 75% mieszanki na każde 10 kilo wagi. Dla dzieci do lat 6-ciu mieszanka ta winna być 50% od 6 do 12 50% — 60%. Osobnikom powyżej lat 15 daje się roztwór 75%. Mieszankę tę wprowadza się w dwóch porcjach na pół godziny przed operacją. Osobom starszym powyżej lat 15 *Gwatmey* zastrzykuje podskórnie morfinę z atropiną. Przeciętna porcja dla chorego, wedle *Gwatmeya*, wynosi od 200 do 300 gram mieszanki. *Kijewski* ilość tę uważa za zbyt wysoką. Probując początkowo dawek, ustalonych przez *Gwat-*

*meya*, z czasem przyszedł do przekonania, że można je zmniejszać, doprowadzając nawet u dorosłego do 35 gr. eteru, jak to w jednym przypadku uczynił i otrzymał zupełnie dobre uśpienie. *Kijewski* stosował w początkach roztwory 75 % eteru, z czasem przeszedł do roztworów 50 %. *Zembrzuski* w 11 przypadkach narkozy rektalnej u dzieci stosował 1 ctm eteru na 1 kilo wagi dziecka, używał przytem 1 część oliwy na 2 części eteru. W przeddzień dawał środek czyszczący, a wieczorem lawatywę z czystej wody.

W klinice Wileńskiej ustaliliśmy sobie następujący sposób postępowania. Choremu w przeddzień operacji wieczorem podaje się środek przeczyszczający, potem zrana, przed operacją oczyszcza się kiszkę stolcową za pomocą lawatywy, następnie zastrzykuje mu się podskórnie na godzinę przed operacją od 1-go do 2-ch ctgr morfiny w zależności od wieku i płci. Dzieciom do lat 10-ciu morfiny nie dajemy. Następnie wprowadza mu się do kiszki stolcowej za pomocą zgłębnika rektalnego mieszankę eteru z oliwą w równych częściach, w zależności od wieku i budowy, przyczem ilość eteru waha się od 30 do 175 grm. Do roztworu tego dodajemy zwykle od pięciu do dziesięciu gramów 10 % roztworu olejku kamforowego. Eter jest chemicznie czysty, jak do wziewania. Stosujemy zwykle jedną dawkę. Jeżeli chory jest podniecony i długo nie zasypia, wówczas dodajemy jeszcze 15—25 gr. eteru. W ciągu godziny chory zwykle zasypia i śpi spokojnie podczas całej operacji. Ten sposób stosujemy stosunkowo rzadko, oddając pierwszeństwo sposobowi następnemu, podanemu przez *Jacoda*, a następnie przez nas zmodyfikowanemu.

*Jacod* wychodzi z założenia, że eter wprowadzony do kiszki prostej, ulega wchłanianiu bardzo powoli i że wskutek tego na otrzymanie znieczulenia trzeba czekać zbyt długo, przytem dla otrzymania dobrego znieczulenia trzeba nieraz używać dawek zbyt dużych, groźnych dla życia chorego. Ażeby więc uniknąć niepotrzebnego i zabierającego wiele czasu czekania, radzi wprowadzać do kiszki prostej mniejsze dawki eteru: dla kobiet od 30 do 35 gr. eteru w 110—115 gr. oliwy z dodatkiem 5 gr. 1 % olejku kamforowego, dla mężczyzn zaś 50—55 gr. oliwy z dodatkiem 10 gr 1 % olejku kamforowego. Wprowadzenie eteru do kiszki odbywa się na stole operacyjnym, poczem przystępuje się do usypiania chorego drogą inhalacyjną. Po uśpieniu chorego można podawanie dalsze eteru przerwać, gdyż dalsze utrzymanie chorego w stanie uśpienia odbywać się będzie za pośrednictwem eteru, wchłanianego z kiszki prostej. W ten sposób otrzyma się uśpienie całkowite, trwające nieraz długie godziny bez

potrzeby uciekania się do większych dawek do kiszki prostej. Dodatek kamfory ma na celu zapobieżenie mogącej zdarzyć się zapaści.

Sposób podany przez *Jacoda* postanowiliśmy wyprobować na naszych chorych, stosując się ściśle do podanych przezeń przepisów. Niestety, podane przez niego ilości okazały się u nas za małe. Zaledwie w paru przypadkach udało się nam otrzymać uśpienie przez cały czas operacji. W większości przypadków chorzy budzili się co kilka minut, wskutek czego trzeba było wciąż dodawać eteru, ażeby podtrzymywać narkozę. Działanie eteru ujawniało się przytem nieraz dopiero pod koniec operacji: wówczas chory twardo zasypiał i budził się dopiero po kilku godzinach na łóżku. Zresztą żadnych innych nieprzyjemnych następstw nie mieliśmy. Poczęliśmy tedy zmieniać stopniowo metodę Jacoda. Przedewszystkiem ilość oliwy zmniejszyliśmy, dając ją w równych częściach z eterem, następnie poczęliśmy zwiększać ilość eteru, dochodząc do 100, a nawet 120 gr., przyczem wprowadzenie eteru do kiszki prostej odbywało się na 20—30 minut przed rozpoczęciem wziewania. Do mieszanki dodawaliśmy 5—10 grm. 10% olejku kamforowego. W takiej modyfikacji przeprowadziliśmy przeszło 80 operacji, z wynikiem na ogół pomyślnym. W niektórych przypadkach musieliśmy nawet wtedy w ciągu operacji, w przerwach 15—20 minutowych, dodawać czasem po kilka gramów eteru, co zresztą sprawiało zaledwie nieznaczną przeszkodę w przebiegu operacji.

Wreszcie musimy wspomnieć o trzeciej stosowanej przez nas metodzie. Metoda ta polega na połączeniu metody rektalnej z metodą miejscowego znieczulenia. W metodzie tej zastrzykujemy naprzód choremu odpowiednią dawkę morfiny poczem wprowadzamy, jak w pierwszym sposobie, około 120 do 180 gr. eteru w równych częściach oliwy z dodaniem, jak w sposobie Jacoda, olejku kamforowego, poczem poczekawszy, aż chory pocznie usypiać, zastrzykujemy mu w okolicę gdzie ma się odbyć operacja według ustalonych zasad odpowiednią dawkę 0,5% roztworu nowokainy z dodatkiem adrenaliny (1/1000), 1 kropla na gram nowokainy. Chory może pozostawać w półśnie, świadomości nie traci i nie doświadcza podczas operacji najmniejszego bólu. W ten sposób dokonaliśmy około 20 tak ciężkich operacji, jak całkowite wycięcie krtani z wyłuszczeniem gruczołów rakowato zwyrodniałych, wycięcie raka i mięsaka nosa, kilka przypadków operacji Killiana na zatoce czołowej, operacji obustronnej Caldwell-Luca, trepanacji wyrostka sutkowego i wielu innych. I w tych przypadkach nie spotkałem jakichkolwiek cięższych i niebezpieczniejszych powikłań.

Przejdę teraz do analizy własnych przypadków. Dokonaliśmy w narkozie rektalnej 122 operacyj, jako to:

| | |
|---|---|
| Antrotomij | 55 |
| Operacyj doszczętnych ucha środkowego | 32 |
| Plastyki ucha zewnętrznego | 2 |
| Wycięcia krtani | 5 |
| Rozszczepienia krtani | 6 |
| Plastyki przełyku | 4 |
| Operacyj Killiana | 2 |
| Operacyj Caldwell-Luca | 3 |
| Operacji Denkera | 1 |
| Plastyki nosa | 3 |
| Wycięcie nowotworów złośliwych nosa | 3 |
| Wycięcie nowotworu ucha zewn. | 1 |
| Obnażenie przełyku w przyp. perioesophag. | 1 |
| Wycięcie gruczołów szyjnych | 1 |
| Operacji wargi zajęczej | 1 |
| Operacji uranoplastyki | 2 |

Wszystkie przypadki pod względem znieczulenia przeszły pomyślnie. Ani razu nie mieliśmy żadnego cięższego powikłania. W jednym przypadku laryngofissury z powodu twardzieli u osobnika liczącego 54 lat wystąpiła podczas operacji sinica, która przeszła bardzo szybko po wypuszczeniu z kiszki prostej pozostałej ilości mieszanki i zastrzyknięciu choremu kamfory. W drugim przypadku chory bardzo wrażliwy na morfinę, po zastrzyknięciu mu $1 \frac{1}{2}$ ctgrm. tego środka zapadł w sen jeszcze przed wprowadzeniem mu eteru do kiszki stolcowej. Po wprowadzeniu mieszanki eterowej zjawił się oddech Cheyne Stokesa wkrótce chory przestał oddychać przy mocnem i prawidłowem tętnie. Po 1 godzinnem stosowaniu oddychania sztucznego i kilkakrotnych zastrzyknięciach kofeiny, adrenaliny i lobeliny chory począł oddychać i wkrótce wrócił do przytomności.

W 4-ch przypadkach, trzech kobiet i jednego mężczyzny, osobników młodych i nie pijaków nastąpił wkrótce bardzo silny stan podniecenia. Mężczyzna, młody żołnierz, zerwał się ze stołu i nie pozwolił się operować, kobietom zaś trzeba było do zupełnego znieczulenia dodać drogą wdechania przeczło 100 gr. eteru. W jednym przypadku u chłopca 16 letniego wystąpiło mocne rozwolnienie, które zresztą po 3-ch dniach ustąpiło. W kilku przypadkach mieliśmy dość mocne wymioty, dwa razy podczas samej operacji, kiedy chorzy zaczynali się budzić, i 4 razy po operacji. Dwa razy u tego samego chorego po operacji wystąpiło zapalenie płuc, które zresztą przeszło

za każdym razem pomyślnie po kilku dniach. Tętno często było przyśpieszone od 80 do 120, oddech spokojny. W kilku zaledwie przypadkach notowaliśmy kaszel podczas narkozy, raz jeden spostrzegaliśmy lekką czkawkę; większego ślinotoku, ani przekrwienia i zaczerwienienia twarzy, co jest tak typowe dla uśpienia eterowego drogą inhalacji ani razu nie zauważyliśmy. Ani razu również nie spotykaliśmy po narkozie rektalnej jakichkolwiek zaburzeń ze strony wątroby, ani razu nie mieliśmy żółtaczki, o której wspomina Kalina. Być może powodem tego były duże dawki kamfory bo dochodzące do 2 grm. w razach, kiedy chodziło o operacje trwające dłużej nieraz około 3-ch godzin, jak wycięcie krtani z wyłuszczeniem gruczołów i przerzutów na gardle i na języku. Z drugiej znów strony owe duże dawki kamfory, być może, powodowały zbyt późne zasypiania i sen przerywany podczas operacji wymagających w wielu razach podawania co kilkanaście minut kilku gramów eteru na masce i zbyt długi, bo nieraz kilka godzin trwający sen po ukończeniu operacji. Chorzy przytem byli osobiście b. zadowoleni z narkozy: nie było przykrego uczucia duszenia, kaszlu, przypływu krwi do głowy, ślinotoku, jak przy narkozie inhalacyjnej, przebudzenie było spokojne, bez uczucia bólu. Uderzający był brak reakcji ze strony błon śluzowych gardła i dróg oddechowych, oraz ze strony skóry: reakcja nie występowała nawet wówczas, kiedy chory się budził i trzeba było podawać eter drogą inhalacji. Zadowoleni z narkozy chorzy wyrażali gotowość poddania się jej w razie potrzeby po raz drugi. Ci zaś co przedtem już lub potem poddawani byli uśpieniu inhalacyjnemu oddawali pierwszeństwo narkozie rektalnej.

Jeżeli teraz miałbym odpowiedzieć, jaką z trzech opisanych metod zalecałbym do zastosowania w otolaryngologji, odpowiedź moja brzmiałaby w sposób następujący. Do operacji na uchu, a więc do antrotomij i atticoantrotomij najbardziej nadaje się metoda Jacod w modyfikacji stosowanej w naszej klinice, a więc podawanie eteru w ilości od $1\frac{1}{2}$ — 2 gr. na kilo wagi, z równą ilością oliwy oraz przystąpienie do inhalacji eteru nie bezpośrednio po wprowadzeniu eteru do odbytnicy, ale po upływie 15 — 20 minut. W przypadkach operacyj na nosie, krtani i w gardle najodpowiedniejsze wydaje mi się połączenie narkozy eterowej ze znieczuleniem miejscowem w postaci zastrzykiwań nowokainy z adrenaliną po wystąpieniu pierwszych objawów rozpoczynającego się uśpienia. Pierwsze cięcie, oddzielanie okostnej i inne powierzchowne manipulacje uczyni niebolesnem nowokaina zastrzyknięta, z czasem występujące uśpienie eterowe zniesie bolesność w okolicach głębiej położonych. Z tego

powodu stosowanie takiej kombinowanej metody ogólnej i miejscowej może znaleść zastosowanie i w operacjach na wyrostku sutkowym. Przynajmniej w jednym spostrzeganym przez siebie przypadku narkozy eterowej przez odbytnicę wraz ze znieczuleniem miejscowem okolicy wyrostka, chora, pozostająca w półuśpieniu, nie odczuwała podczas operacji najmniejszego bólu, a jednocześnie odpowiadała na pytania i zdawała sobie sprawę z tego, co się z nią i naokoło niej dzieje. Szczególnie wskazanym jest ten sposób w przypadkach operacji doszczętnej, kiedy potrzebny jest ów stan półświadomy przy braku wszelkiej boleśności.

**Piśmiennictwo.**

W. Horodyński. Pamiętnik Warszawskiego Lazaretu Miejskiego st. 254 Kijewski F. Pamiętnik Warszawskiego Lazaretu Miejskiego str. 260. St. Moniuszko. Medycyna i Kronika Lekarska 1915 Nr. 13. Kalina Monatschrift f. Ohrenheilkunde 1927. Nr. 4. Jacod. Revue de Laryngologie 1923. P. 483. Wiart Bull. de la Societe de Chirurgie de Paris 11.VI. 1919.

---

## W sprawie odczynów biologicznych w twardzieli.

podał: Dr. ALFRED LASKIEWICZ.

Według odczytu wygłoszonego na V zjeździe otolaryngologów w Warszawie.

Sprawa biologji prątka twardzieli Frischa została w ostatnich latach znacznie rozszerzona i pogłębiona dzięki zastosowaniu metod badania odczynów biologicznych z surowicą krwi chorych na twardziel. Badania *M. Scheyera* i *Klemperera*, ogłoszone w roku 1902 (Über Identität d. Ozaena, Sclerom u. Friedlanderbacillen), nacechowane pewnym sceptycyzmem co do swoistości prątka Frischa, wywarły na długi szereg lat hamujące piętno w zapatrywaniach na epidemiologję tegoż prątka. Autorowie ci bowiem wykazali na całym szeregu szczepień ochronnych zwierząt prątkami Frischa, Lowenberg-Abla i Friedlandera, że odporność na zakażenie prątkiem twardzieli sprowadza takąż samą odporność dla 2-ch powyższych prątków i odwrotnie. Zdolność zaś ochronna uzyskanej w ten sposób surowicy rozprzestrzenia się równomiernie na prątek twardzieli i nieżytu zanikowego nosa Lowenberg-Abla. Co się zaś tyczy prątka zrazikowego zapalenia płuc Friedl. to jest ona niepewna. Chcąc się przekonać o prawdziwości tych poglądów, szczepiłem zawiesinę hodowli agarowej prątków twardzieli, nieżytu zanikowego nosa Lowenberg-Abla oraz Friedlandera królikom wśródżylnie w ilości 0.5—12.5 $c^3$ w przeciągu 8-miu dni poczem wprowadzałem im po 5 $c^3$ zawiesiny bulionowej wyżej wspomnianych prątków wybierając każdym razem

szczep inny od tego, którym zwierzę szczepiono. Odnośne badania doświadczalne przeprowadziłem w zakładzie mikrobiologji i medycyny doświadczalnej U. J. na 32-ch przyp. twardzieli z kliniki laryngologicznej U. J w Krakowie w latach: 1920, 1921 i 1922. Graficznie rzecz ta przedstawia się następująco:

**Królik I** szczepiony szczep. twardzieli:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10/4 | wśródżylnie | 0.5 $c^3$ | kult. bulj. Sclerom |
| 15/4 | „ | 1.5 $c^3$ | „ „ „ |
| 20/4 | „ | 3 $c^3$ | „ „ „ |
| 25/4 | „ | 5 $c^3$ | „ „ „ |
| 29/4 | „ | 8 $c^3$ | „ „ „ |
| 3/5 | „ | 10 $c^3$ | „ „ „ |
| 8/5 | „ | 10 $c^3$ | „ „ „ |
| 12/5 | „ | 12 5 $c^3$ | „ „ „ |

19/5 t j. po 7-miu dniach wstrzyknięto wśródżylnie 5 $c^3$ kultury buljon. prątka Lowenberg-Abla. 20/5 Temp. 40° C zarówno zwierzę szczepione jak i kontrolne. 21/5 T. 38° C po 6-ciu dniach oba te zwierzęta powracają do zdrowia.

**Królik II** szczepiony szczep. nieżytu zanikow. nosa Lowenberg-Abla:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10/4 | wśródżylnie | 0.5 $c^3$ | kult. bulj. prątka Lowenberg-Abla |
| 15/4 | „ | 1.5 $c^3$ | „ „ „ „ |
| 20/4 | „ | 3 $c^3$ | „ „ „ „ |
| 25/4 | „ | 5 $c^3$ | „ „ „ „ |
| 29/4 | „ | 8 $c^3$ | „ „ „ „ |
| 3/5 | „ | 10 $c^3$ | „ „ „ „ |
| 8/5 | „ | 10 $c^3$ | „ „ „ „ |
| 12/5 | „ | 12,5 $c^3$ | „ „ „ „ |

19/5 wstrzyknięto 5 $c^3$ kultury bulj. twardzieli 20/5 zarówno zwierzę szczepione jak i kontr. T. 40° C, dnia 21/5 T. 39° C po tygodniu powrót do dzrowia.

**Królik III** szczepiony szczep. Friedlandera:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21/5 | wśródżylnie | 1 $c^3$ | kult. bulj. pr. Friedlandera |
| 26/5 | „ | 2 $c^3$ | „ „ „ „ |
| 3/6 | „ | 5 $c^3$ | „ „ „ „ |
| 10/6 | „ | 10 $c^3$ | „ „ „ „ |
| 15/6 | „ | 15 $c^3$ | „ „ „ „ |

dnia 20/6 t. j. po 5 dn. zwierzę skrwawiono, a następnie wstrzyknięto podskórnie myszom: I—IV po 0.5 $c^3$ surowicy tegoż królika uodpornionego Friedl., poczem po upływie godziny myszy I-szej, II-giej

i kontr. A) wstrzyknięto po 0.25 $c^3$ kulturybuljon. prątka nieżytu zanikowego nosa Lowenberg-Abla, myszy III-ej, IV-ej i kontr. B) po 0.25 $c^3$ kult. buljon. twardzieli. Dnia 21/6 mysz I-sza, II-ga i kontr. A) zginęły, mysz III-cia, IV-ta i kontr. B) przedstawia obraz ciężkiego schorzenia.

Jak z powyższego zestawienia wynika, zarówno zwierzęta szczepione, jako też i kontrolne oddziaływały jednakowo na wstrzyknięcie hodowli buljonowej wyżej wspomnianych szczepów, a co więcej w doświadczeniu III-ciem jadowitość szczepów prątka nieżytu zanikowego nosa wobec myszy białej nie dała się wcale zmniejszyć szczepieniem uprzedniem surowicy prątka Friedländera. Również w doświadczeniu nad uodpornieniem myszy surowicą krwi zwierzęcia szczepionego i uodpornionego szczepem twardzieli po wstrzyknięciu 0.1 $c^3$ hodowli buljonowej prątka nieżytu zanikowego nosa czy zrazikowego zapalenia płuc w ilości 0.2 $c^3$, otrzymywałem śmierć tych zwierząt. Surowicą krwi zwierzęcia uodpornionego prątkiem twardzieli szczepiono mysz:

Mysz I-sza . . . 0.25 $c^3$ surowicy twardzieli
„ II-ga . . . 0.5 $c^3$ „ „
1 III-cia . . . 1 $c^3$ „ „

a następnie myszy I-szej wstrzyknięto: 0.1 $c^3$ kultury buljon. prątka zanik. nosa Lowenberg-Abla, II-giej 0.2 $c^3$ kult. twardzieli, III-ciej 0.1 $c^3$ kult. prątka Friedländera po dwóch dniach wszystkie myszy zginęły.

Powyższe próby biologiczne, jakkolwiek dały może zamało wyników w kierunku zróżnicowania poszczególnych gatunków prątków otoczkowych, to w każdym razie rzuciły wiele światła na poznanie właściwości życiowych prątków twardzieli Frischa, Lowenberg-Abla i Friedländera i stanowią tem samem ważny atut przeciw teorji unitarystycznej *Klemperera* i *Scheyera*, skierowanej przeciwko swoistości prątka twardzieli. Co się tyczy nowszych zdobyczy na polu różniczkowego barwienia oraz własności hodowlanych prątka twardzieli to tu na pierwszem miejscu wymienić należy sposób barwienia twardzieli przy pomocy błękitu metylenowego, polichromatycznego, podany w roku 1901 przez *Vymolę* z Pragi. Przy tym właśnie sposobie barwienia otoczki prątka Frischa, poddane uprzedniemu bejcowaniu, zabarwiają się błękitem azurowym na kolor ciemno-niebieski w odróżnieniu od prątków Lowenberg-Abla, Friedländera oraz innych otoczkowców tej samej grupy. Różnica w zachowaniu się hodowli prątka twardzieli w odróżnieniu od prątka Lowenberga i Friedländera

występuje, jak wykazały badania *Russa*, wyraźnie na pożywce, z erythrytem i dulcytem i to w tem znaczeniu, iż prątek Löwenberga wytwarzał na nich kwas, podczas gdy prątek twardzieli dawał na tych samych pożywkach stale odczyn alkaliczny. Również spostrzeżenia *Litauerówny* (Medycyna i Kronika 1913) dotyczące własności fermentacyjnych prątków Frischa, przemawiają stanowczo za odrębnością tych prątków w stosunku dowyżej wymienionych otoczkowców.

W dalszym ciągu swej pracy dochodzi autor do przekonania, że wzajemne pokrewieństwo prątków Friedländera i twardzieli jest zbyt silne, a różnorodność zachowania się tych samych odmian zbyt daleko posunięta, by zapomocą dotychczasowej techniki hodowlanej a w szczególności prób serologicznych, na co wskazują *Elbert, Feldman* i *Gerkes*, można było stanowczo określić i wyodrębnić poszczególne typy i z całą pewnością udowodnić związek etjologiczny między prątkiem Frischa, a schorzeniem twardzieli. Dopiero gruntowna rewizja wzajemnego stosunku większej ilości szczepów otoczkowych z grupy Friedländera i twardzieli do siebie i ich zachowanie się z surowicą chorych na twardziel mogłaby sprawę patogenezy twardzieli stanowczo roztrzygnąć.

Badania *Gąsiorowskiego* wykazały nadto różnicę w zachowaniu się hodowli poszczególnych szczepów prątka twardzieli, wychodowanych z jednego i tego samego przypadku. To odmienne zachowanie się prątka twardzieli na pożywce agarowej (zmodyfikowanej) w odróżnieniu od innych otoczkowców tej samej grupy, stwierdził w roku 1923 *J. Kabelik* z Pragi. Ogłoszone przez tegoż autora (w Česka dermatologja) spostrzeżenia nad hodowlą prątka twardzieli wykazały, że na pożywce agarowej z dodatkiem lakmusu i glukozy prątek twardzieli powoduje stale odczyn kwaśny pod postacią wyraźnie występującego zaczerwienienia dokoła pojedyńczych kolonij bez równoczesnego objawu redukcji i tworzenia się gazów w przeciwieństwie do innych pokrewnych mu otoczkowców. Równocześnie zwraca wyżej wspomniany autor uwagę na wrażliwość prątka twardzieli na tartarus stibiat., który to środek powinien być stosowany między innemi do leczenia twardzieli.

*Meisel* i *Mikulaszek* (P. zakład Higjeny oddz. lwowski) zastosowali metodę oznaczania stężeń jonów wodorowych z pomocą błękitu bromotymolowego do zróżnicowania poszczególnych szczepów prątków twardzieli. Z badań tych wynika, że w grupie szczepów twardzieli, określonych pod względem zachowania się na pożywkach p. *Kabelika* występują 2 odmiany jako dowod, że pożywka *Barsiekowa*

z cukrem mlekowym jest zamało czułą by odmiany te wyróżnić. Wyniki szczepienia uzyskane na pożywce peptonowej czystej i z dodatkiem 1% cukru gronowego, mlekowego, owocowego i gliceryny przedstawiają się następująco: 1) Szczepy, odpowiadające według *Kabelika* prątkom twardzieli, alkalizują wodę peptonową czystą do Ph. 7.85; w wodzie peptonowej z cukrem mlekowym rozpadają się one na dwie grupy z których jedna alkalizuje pożywkę do Ph. 7 7, a druga nie zmienia pożywki lub alkalizuje ją słabo. 2) Prątki wyosobnione z treści błony śluzowej gardła osób zdrowych, a odpowiadające pod względem zachowania się na pożywkach prątkom twardzieli zakwaszają wodę peptonową czystą poniżej Ph. 6.15, w wodzie peptonowej z gliceryną i cukrem mlekowym nie zmieniają Ph. 3) Wszystkie inne odmiany grupy Friedländera zachowują się rozmaicie wobec wody peptonowej czystej, a wodę peptonową z cukrem mlekowym zakwaszają do Ph. 6.35 wodę zaś peptonową z cukrem gronowym, owocowym i gliceryną w granicach Ph. 6.7—poniżej 6.15.

Co się zaś tyczy prób serologicznych, to, jak wynika z badań wyżej wspomnianych autorów, drogą odczynu wiązania dopełniacza, wykonanego naprzemian wysokowartościowemi surowicami, można wyodrębnić t. zw. prątki twardzieli, jako grupę swoistą t. j. nie redukującą nalewki lakmusowej, nie zmieniającą cukru mlekowego, wywołującą tylko kwaśną fermentację cukru gronowego, a alkalizującą wodę peptonową. Odczyn zlepny wykonany, naprzemian z wysokowartościowemi surowicami twardzielowemi i innemi z grupy Friedländera, wypadał dodatnio do wysokości miana ze szczepami grupy homologicznej.

Co się zaś tyczy wyników szczepienia prątka twardzieli u zwierząt, to i w tym względzie możemy się poszczycić pomyślnemi wynikami. Bowiem w roku 1924 ogłasza *A. Kraus* z Pragi swoje badania nad szczepieniem prątka Frischa, wychodowanego z tkanki twardzielowej, myszom białym pod skórę w okolicę grzbietu oraz poza uszami z następującym wynikiem: już 9-go dnia po wszczepieniu świeżej hodowli bulion. prątka Frischa do miejsc skaryfikowanych przyszło do wytworzenia się guziczkowatych nacieków, w których histologicznie można było wykazać obfitą ilość komórek Mikulicza, zawierających prątki Frischa. W jednym nawet przypadku przyszło do wytworzenia się guzków w płucach o budowie, przypominającej utkanie twardzieli. Dalsze próby szczepienia powyższych nacieków na pożywki dały wynik dodatni. Guzki te ulegały przeciętnie w ciągu 3-ch tygodni całkowitej inwolucji.

Powyższe badania stanowią potwierdzenie i zarazem uzupełnienie pierwszych prób szczepienia twardzieli, wykonanych w roku 1895 przez *Stepanowa*. W rok później podają 2 uczeni włoscy: *Urechia* i *Popolitza* swoje spostrzeżenia nad szczepieniem zawiesiny kultury agarowej prątka twardzieli pod oponę twardą u królików w ilości 10-ciu $c^3$ zawiesiny na raz Po 4-ch tygodniach od chwili szczepienia autorowie ci mieli otrzymać nacieki około naczyń krwionośnych opony twardej, które wykazywały pod drobnowidzem obfitą ilość fibroblastów, komórek plazmatycznych, komórek tucznych i granulocytów obojętnochłonnych z licznemi figurami karjokinetycznemi oraz zmianami wodniczkowemi. Komórki oraz włókna nerwowe przedstawiały obraz zwyrodnienia wodniczkowatego, którego przyczyny należy szukać w działaniu toksyn twardzielowych na tkankę nerwową. W końcu autorowie wyrażają przypuszczenie, że komórki Mikulicza pochodzą z komórek plazmatycznych. *Šercer* z Zagrzebia podziela również to zapatrywanie, a omawiając statystykę twardzieli w Jugosławji, wypowiada przypuszczenie, że przyczynę słabej zakaźności twardzieli należy szukać nie tylko we właściwościach biologicznych samych prątków Frischa lecz głównie w t. zw. odporności rasowej i osobniczej na to zakażenie.

Przechodząc z kolei do omówienia prób serologicznych w twardzieli z góry zaznaczyć należy, że ze wszystkich prób biologicznych, o których poprzednio była mowa, one właśnie przyczyniły się najbardziej do zróżnicowania poszczególnych gatunków prątków otoczkowych i poznania ich właściwości życiowych. Po pierwszych próbach *Bertarellego, Klemperer* i *Scheyer* starali się na podstawie aglutynacji prątków twardzieli Lowenberg-Abela z surowicą krwi zwierząt szczepionych przeciwko tym prątkom udowodnić ich tożsamość. Jednak wyniki tych badań nie wytrzymują krytyki z tego względu, iż autorowie ci używali zarówno do szczepienia zwierząt, jako też do samej próby aglutynacyjnej zawiesiny hodowli agarowej prątków twardzieli, nieżytu zanikowego nosa Löwenberg-Abla i Friedländera, nie pozbawionych otoczek, co powodowało niejednokrotnie obniżenie zdolności aglutynacyjnej danej surowicy, wobec której szczepy otoczkowe zachowywały się często odpornie. Badania nad zachowaniem się aglutynacji prątków twardzieli, nieżytu zanikowego nosa Lowenberg-Abla i Friedländera oraz nad odchyleniem dopełniacza (Bordet-Gengout) tych prątków, użytych jako antigen z surowicą chorych na twardziel przeprowadziłem na 32-ch przypadkach twardzieli z kliniki otolaryngologicznej U. J., w zakładzie mikrobiologji i medycyny

doświadczalnej U. J. w Krakowie w latach 1920, 1921, 1922. Do moich prób aglutynacyjnych używałem zawiesiny 24-ro godzinnej hodowli agarowej prątków otoczkowych do których w celu rozpuszczenia ich otoczek dodawałem za radą *Porgesa* 2% kwasu octowego, a następnie podgrzewałem do 70° C przez 1/2 godziny. Prócz tego używałem szczepów bezotoczkowych, otrzymanych przez szczepienie na płytki agarowe starych 6 — 8 tygodn. hodowli agarowych danego szczepu. Spostrzega się wówczas na płytce dwojakiego rodzaju koloňje: obok czystych kolonij otoczkowych koloňje o zabarwieniu sinawem, słabo opalizujące, jakby nasadzone w postaci półkręgu na koloňję otoczkową. Z nich następnie wyosabniałem hodowlę bezotoczkową prątka twardzieli, która na agarze skośnym przedstawiała się w postaci białego nie ciągnącego się nalotu, okazującego pod światło lekko sinawy odcień. Szczepiąc zawiesinę prątków twardzieli pozbawionych otoczek królikom pod skórę w ilości od 10—30 c$^3$ otrzymywałem już po kilkakrotnem szczepieniu surowicę swoistą, aglutynującą dany szczep twardzieli w rozcieńczeniu do 1 : 320. Natomiast przy użyciu szczepu bezotoczkowego w doświadczeniach następnych, z którego od 3-ch oczek—1/2 kultury agarowej w roztworze 1 c$^3$ soli fizjologicznej wprowadziłem królikom wśródżylnie, otrzymywałem daleko wyższy stopień aglutynacji ze szczepem bezotoczkowym, sięgający aż do rozcieńczenia 1 : 25,000, przyczem surowica ta nie aglutynowała wcale szczepów nieżytu zanikowego nosa i zrazikowego zapalenia płuc. W wyższym jeszcze stopniu przebijała się ta swoistość w zachowaniu się aglutynacji prątka twardzieli wobec prątka Lowenberg-Abla i Friedländera z surowicą chorych na twardziel, które w 32-ch przypadkach klinicznych miałem sposobność wykazać. Do prób tych używałem zawiesiny 24 godzinnej hodowli agarowej powyższych prątków, pozbawionej sztucznie otoczek, względnie hodowli bezotoczkowej. Na całym szeregu aglutynacyj mogłem stwierdzić, że wartościowość danej surowicy twardzielowej pozostawała w prostym stosunku do rozległości zmian twardzielowych u danego osobnika, a nadto najwyższy stopień aglutynacji, sięgający aż do rozcieńczenia 1 : 2,000 otrzymywałem z prątkami bezotoczkowemi, jakoteż z prątkiem, wychodowanym z przypadku badanej surowicy. Z zestawienia cyfr wysokości odczynu aglutynacyjnego surowicy krwi chorych na twardziel w rozcieńczeniach od 1 : 40 — 1 : 2000 z powyższemi prątkami, otrzymujemy następujące wyniki:

W przypadku 1, 2, 3, 4, 5 i 6 najwyższy stopień aglutynacji ze szczepami twardzieli IV i X sięgał do rozcieńczenia 1 : 800. W przy-

padkach: 7, 13, 16 i 17 otrzymywałem aglutynację ze szczepami bezotoczkowemi twardzieli XV i X w rozcieńczeniach od 1 : 560 do 1 : 1040, zaś w przypadkach: 14, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 i 27 przy użyciu szczepów bezotoczkowych twardzieli: VII, XV, XX, XXXIII i XXXIV odczyn aglutynacyjny sięgał do rozcieńszenia 1 : 1,800, względnie nawet do rozcieńczenia 1 : 2,000. W żadnym zaś z tych przypadków nie miałem odczynu aglutynacyjnego ze szczepami Lowenberg-Abela i Friedlandera, lecz wyłącznie tylko ze szczepami twardzieli. Co więcej, surowica normalna, użyta jako kontrola, jakkolwiek w niektórych przypadkach okazywała ślad aglutynacji ze szczepami Lowenberg-Abela i Friedlandera, nie dawała w żadnym z badanych przypadków odczynu aglutynacyjnego z którymkolwiek szczepem twardzieli. Wobec tego odczyn ten surowicy chorych na twardziel ze szczepami jest poniekąd odczynem swoistym i, jak to już *Kriebel* zaznaczył w r. 1918, mógłby być użyty w celach rozpoznawczych zwłaszcza tam, gdzie się nie daje wyhodować prątka twardzieli z wyciętych nacieków, a badanie drobnowidowe nie wykazuje obrazu twardzieli. Załączone tablice przedstawiają graficznie wyniki aglutynacji prątków twardzieli, nieżytu zanikowego nosa i zrazikowego zapalenia płuc Friedlandera z surowicą chorych na twardziel w rozcieńczeniach od 1 : 40—1 : 2000.

Próba odchylenia dopełniacza (Bordet-Gengout), podana w roku 1912 przez *Goldziehera*, *Neuberga* i *Kriebla* a u nas w rok później przez *Brunnera* z Warszawy, daje z surowicą chorych na twardziel odczyn dodatni. W moich badaniach przeprowadzonych z surowicą chorych na twardziel przy użyciu zawiesiny prątków twardzieli, Lowenberg-Abela i Friedlandera, użytych jako antigen, próba ta dała wyniki następujące: na 10 badanych otrzymałem w 3-ch przypadkach (30%) odczyn dodatni wyłącznie tylko ze szczepami twardzieli, sięgający aż do rozcieńczenia 1 : 100, podczas gdy szczepy Lowenberg-Abela i Friedlandera dawały wyraźną hemolizę. W pozostałych zaś 7-miu przypadkach t. j. 70% odczyn ten wypadł dodatnio także z prątkami Lowenberg-Abela i Friedlandera w rozcieńczeniu od 20—100. Z powyższego wynika, że odczyn wiązania dopełniacza (Bordet-Gengout), a w wyższym jeszcze stopniu próba aglutynacyjna udaje się w każdym przypadku twardzieli i jako taka posiada wartość rozpoznawczą i zarazem potwierdzającą swoistość prątka Frischa. Do próby wiązania dopełniacza należy według badań *M. Kordatowej* (z Moskwy) używać jako antigenu zawiesiny 24-ro godzinnej prątków Frischa, zabitych w temperaturze 58°—60° C. Odczyn sedymentacyjny ciałek

## Zestawienie wyników aglutynacji surowicy krwi chorych na twardziel szczepami twardzieli.

Skrócenia — b. ot. = szczep bez otoczki; zazn. = agl. zaznaczona.

| № | Imię i Nazwisko chorego | Szczepy | 1 : 40 | 1 : 80 | 1 : 160 | 1 : 240 | 1 : 320 | 1 : 400 | 1 : 480 | 1 : 560 | 1 : 640 | 1 : 800 | 1 : 1040 | 1 : 1[illegible]0 | 1 : 1800 | 1 : 2000 | Sur. norm. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | K. K.<br>Scler. II<br>*Scl:* nasi, cavi nasophar, tracheae | Scler. II<br>„ I<br>„ IV<br>„ XII<br>Ozoena V<br>Friedl. IV | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>agl. zazn.<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>—<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 80<br>„ „ 1 : 40 |
| 2 | M. J.<br>Scler. III<br>*Scl:* nasi et cavi nasophar. | Scler. III<br>„ IV<br>„ X<br>„ XII<br>Ozoena IV<br>Friedl. IV | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>—<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>—<br>agl. zazn.<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 40<br>„ „ 1 : 160 |
| 3 | L. R.<br>Scler. IV<br>*Scl:* nasi, cavi nasophar. et laryngis | Scler. IV<br>„ VIII<br>„ IX<br>„ X<br>Ozoena II<br>Friedl. II | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>agl. zazn.<br>—<br>—<br>— | agl. zazn.<br>„ „<br>„ „<br>„ „<br>—<br>— | agl. zazn.<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>—<br>+<br>—<br>—<br>— | +<br>—<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 50 |
| 4 | Z. L.<br>Scler. I<br>*Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei et laryngis | Scler I<br>„ XII<br>„ XI<br>„ IX<br>„ VII<br>Ozoena VII<br>Friedl. III | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>agl. zazn.<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>—<br>agl. zazn<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | agl. zazn<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 80<br>„ 1 : 40 |
| 5 | U. A.<br>Scler. VIII<br>*Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei et laryngis | Scler. VIII<br>„ IV<br>„ XI<br>„ IX<br>„ II<br>Ozoena VI<br>Friedl. IV | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>agl. zazn<br>—<br>+<br>—<br>— | agl. zazn<br>—<br>—<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>—<br>agl. zazn.<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 20 |
| 6 | G. F.<br>Scler. XII<br>*Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei et palati duri | Scler. XII<br>„ XIV<br>„ X<br>„ VII<br>„ III<br>Ozoena VIII<br>Friedl. IV | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>+<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | agl. zazn.<br>—<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 80 |
| 7 | B. M.<br>Scler. XV b. ot.<br>*Scl:* nasi et cavi naso-pharyngei | Scler. XV b. ot.<br>„ XIII<br>„ VI<br>„ V<br>„ II<br>Ozoena VI<br>Friedl. IV | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>agl. zazn<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>agl. zazn<br>—<br>+<br>agl. zazn.<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>agl. zazn.<br>—<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | agl. zazn.<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | agl. zazn.<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 160<br>— |
| 8 | S. A.<br>Scler. XVI<br>*Scl:* cavi naso-pharyngei et laryngis | Scler. XVI<br>„ XII<br>„ XI<br>„ III<br>Ozoena XII<br>Fried. III | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>agl. zazn<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— |
| 9 | N. F.<br>Scler. XVII<br>nasi et pharyngis | Scler. XVII<br>„ XIV<br>„ XII<br>„ IX<br>„ II<br>Ozoena XIII<br>Friedl. V | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>—<br>+<br>—<br>— | +<br>agl. zazn.<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>agl. zazn.<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | agl. zazn.<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | agl. zazn.<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 80<br>— |
| 10 | K. St.<br>Scler. XXIII<br>*Scl:* laryngis | Scler. XXIII<br>„ XIV<br>„ XVII<br>„ IX<br>Ozoena III<br>Friedl. VII | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>—<br>—<br>agl. zazn.<br>—<br>— | agl. zazn.<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 40<br>— |
| 11 | S. W.<br>Scler. XVIII<br>*Scl:* nasi et cavi naso-pharyngei | Scler. XVIII<br>„ XII<br>„ XI<br>„ X<br>„ VIII<br>Ozoena X<br>„ VI<br>Friedl. X | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>—<br>—<br>+<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 20<br>— |
| 12 | B. A.<br>Scler. XI<br>*Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei et laryngis | Scler. XI<br>„ VII<br>„ VI<br>„ III<br>„ II<br>Ozoena XIII<br>Friedl. II | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>agl. zazn.<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— |
| 13 | S. E.<br>Scler. XXIV<br>*Scl:* nasi, pharyngei, laryngis et tracheae | Scler. XXIV<br>„ V<br>„ XV b. ot.<br>„ X<br>„ XI<br>„ XVII<br>Ozoena IX<br>Friedl. I | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>agl. zazn.<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— |
| 14 | R. J.<br>Scler. XX<br>*Scl:* laryngis | Scler. X b. ot.<br>„ XV b. ot.<br>„ XIX<br>„ XX<br>Ozoena XV<br>„ I<br>Friedl. IV | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | +<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | agl. zazn.<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— |
| 15 | L. St.<br>Scler. XIX<br>*Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei, laryngis, tracheae | Scler. XIX<br>„ XV b. ot.<br>„ X b. ot.<br>„ XX<br>„ XIV<br>Ozoena XIV<br>Friedl. II | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>+<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>+<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— |
| 16 | H. J.<br>Scler. XXI<br>*Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei | Scler. XXV<br>„ XII<br>„ XXIV<br>„ XV b. ot.<br>„ X b. ot.<br>Ozoena XI<br>Friedl. VII | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>+<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | +<br>—<br>+<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>+<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>—<br>—<br>ślad agl. 1 : 80 |

# Zestawienie wyników aglutynacji surowicy krwi chorych na twardziel szczepami twardzieli.

Skrócenia — b. ot. = szczep bez otoczkowy = agl. zaznaczona.

| № | Imię i Nazwisko chorego | Szczepy | 1 : 40 | 1 : 80 | 1 : 160 | 1 : 240 | 1 : 320 | 1 : 400 | 1 : 480 | 1 : 560 | 1 : 640 | 1 : 800 | 1 : 1040 | 1 : 1680 | 1 : 1800 | 1 : 2000 | Sur. norm. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 17 | K. Z. Scler. XIXI *Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei et laryngis | Scler. XXII | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XXI | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — |
| | | " X b. ot. | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " II | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena XV | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl VIII | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 18 | D. Fr. Scler. XXVI *Scl:* nasi, cavi nasophar. et trachcae | Scler. XXVI | + | + | + | + | + | + | — | + | + | + | — | — | — | — | — |
| | | " X b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " VII | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XIX | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena XVII | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. II | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 19 | K. M. Scler. XXVII *Scl:* cavi naso-pharyngei et laryngis | Scler. XXVII | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " IX | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " VI | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " III | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena XVIII | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. I | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 20 | K. S. Scler. XXV *Scl:* laryngis | Scler. XXV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | " XVII | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XIX | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — |
| | | " VII | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — |
| | | Ozoena XIX | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. IX | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 21 | G. R. Scler. XXVIII *Scl:* laryngis et trachcae | Scl. XXVIII b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — |
| | | " XVII | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | " VI | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " II | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena XX | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. IV | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 22 | A. M. Scler. XXXII *Scl:* nasi et palati duri | Scler. XXXII | + | + | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — |
| | | " XXI | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | " VI | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " II | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena X | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. III | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 23 | B. A. Scler. XXIX *Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei et palati moll. | Scler. XXIX | + | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — |
| | | " XXII | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XXV | + | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena VIII | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " X | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Fried. VI | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 24 | Z. St. Scler. XXX *Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei et laryngis | Scler. XXX | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XXXII | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XVII | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XXVII | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | — | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | Ozoena XXI | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. II | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 25 | S. J. Scler. XXXI *Scl:* nasi, et cavi nasophar | Scler. XXXI | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — |
| | | " XX b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | " XXV | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " III | + | + | + | agl. zazn. | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena II. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. X | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 26 | K. J. Scler. XXXII *Scl:* nasi, cavi naso-pharyngei et laryngis | Scl. XXXIII b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — |
| | | " XXII | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " VIII | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " VII b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — |
| | | Ozoena VIII | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. I | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 27 | B. A. Scler. XXXIV *Scl:* nasi et cavi naso-pharyngei | Scl. XXXIV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — |
| | | " XXX | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XXVII | + | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — |
| | | " XII | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | Ozoena XXII | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. V | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 28 | G. K. Scler. X *Scl:* laryngis | Scler. X | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " VIII | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " IV | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " IX | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena XI | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. VI | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 29 | S. E. Scler. XXXV *Scl:* cavi naso-pharyngei et laryngis | Scl. XXXV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — |
| | | " XXXII b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | " XVII | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " VII b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " IX | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena XXIII | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. IV | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 30 | D. A. Scler. IX *Scl:* nasi, cavi nasophar. et laryngis | Scler. IX | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | " XI b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " III | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XXI | + | + | + | agl. zazn. | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena X | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. VII | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 31 | M. J. Scler. XXXVI *Scl:* cavi naso-pharyngei et laryngis | Scl. XXXVI b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — |
| | | " III | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " IX | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena XXIV | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. IX | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| 32 | Ch. M. Scler. XXXVII *Scl:* cavi naso-pharyngei et laryngis | Scler. XXXVII | + | + | + | + | + | + | + | agl. zazn. | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XXXIV | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XXVII | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | " XV b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | — | — |
| | | " VII b. ot. | + | + | + | + | + | + | + | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Ozoena XI | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| | | Friedl. V | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

# Odchylenie dopełniacza z surowicą chorych na twardziel.

| № | Imię i Nazwisko chorego | Antigeny | 1 : 20 | 1 : 40 | 1 : 60 | 1 : 80 | 1 : 100 | Sur. norm. | Kontrola |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | O. Fr.<br>Scler. nasi, cavi naso-phar. | Scler. VII b. ot.<br>„ XXXIV . .<br>Ozoena VII . .<br>Friedl. I . . . | ++++<br>++++<br>—<br>— | ++++<br>++++<br>—<br>— | ++<br>+<br>—<br>— | ++<br>+<br>—<br>— | ++<br>+<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>— |
| 2 | S. E.<br>Scler. nasi, phar. laryngis, tracheae | Scler. XXIV . .<br>Ozoena V . . .<br>Friedl. IV . . . | ++++<br>—<br>— | ++++<br>—<br>— | ++++<br>—<br>— | ++++<br>—<br>— | ++<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>— | —<br>—<br>—<br>— |
| 3 | S. A.<br>Scler. nasi, cavi naso-phar. | Scler. IX . . .<br>Ozoena X . . .<br>Friedl. IV . . . | +++—<br>+++—<br>— | —<br>—<br>— | +++<br>+++<br>— | —<br>—<br>— | +++<br>+++<br>— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— |
| 4 | D. M.<br>Scler. nasi, phar. et laryngis | Scler. III . . .<br>Ozoena VI . . .<br>Friedl. II . . . | —<br>—<br>+++ | —<br>—<br>++ | —<br>—<br>++ | —<br>—<br>+ | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— |
| 5 | G. R.<br>Scler. laryngis et tracheae | Scler. XXXIV . .<br>Ozoena V . . .<br>Friedl. IV . . . | ++++<br>—<br>— | ++++<br>—<br>— | ++++<br>—<br>— | ++++<br>—<br>— | +++<br>—<br>— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— |
| 6 | K. J.<br>Scler. nasi cavi, naso-phar. et tracheae | Scler. II . . .<br>Ozoena IV . . .<br>Friedl. V . . . | +<br>+<br>— | —<br>+<br>— | —<br>—<br>— | sl. zazn.<br>—<br>— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— |
| 7 | M. A.<br>Scler. cavi, naso-phar. et laryngis | Scler. XXXI . .<br>Ozoena II . . .<br>Friedl. I . . . | —<br>—<br>— | +++<br>+++<br>++— | +++<br>+++<br>++— | +++<br>+++<br>++— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— |
| 8 | U. A.<br>Scler. nasi, cavi naso-pharyngei et laryngis | Scler. XXXV . .<br>Ozoena X . . .<br>Friedl. IV . . . | —<br>—<br>— | +++<br>++—<br>— | +++<br>—<br>— | +++<br>—<br>— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— |
| 9 | Ch. M.<br>Scler. cavi, naso-phar. et laryngis | Scler. XXXVII . .<br>Ozoena XII . .<br>Friedl. VI . . . | —<br>—<br>— | +++<br>++—<br>+++ | +++<br>++—<br>+— | +++<br>++—<br>+— | ++—<br>+—<br>+— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— |
| 10 | Z. St.<br>Scler. nasi, cavi naso-phar., laryngis | Scler. XXX . . .<br>Ozoena VIII . .<br>Friedl. IV . . . | —<br>—<br>— | +++<br>+++<br>+++ | +++<br>++—<br>++— | ++—<br>++—<br>+— | ++—<br>+—<br>+— | —<br>—<br>— | —<br>—<br>— |

czerwonych krwi, przeprowadzony sposobem Westergrena, wypada w twardzieli ujemnie (wartości godzinne nie przekraczały 9 mm) w przeciwieństwie do gruźlicy (Löwenfisch) i kiły. Co się zaś tyczy składu % krwi, to według jednych poza wzmożeniem się procentowem limfocytów (przeszło 50%) nie przedstawia on żadnych charakterystycznych cech, jednakowoż moje spostrzeżenia wykazały, że zależnie od wahania się procentowej ilości limfocytów ulegała zwiększeniu przedewszystkiem ilość granulocytów obojętnochłonnych. Natomiast w przypadkach duszności, wywołanej zwężeniem krtani, tchawicy i oskrzeli na tle nacieków twardzielowych, zauważyć było można obok wzmożenia się ilości c. b krwi, do 10 tys. w 1 mm$^3$ silnie zaznaczoną eozynofilję. Ilość proc. ciałek czerwonych krwi, hemoglobiny, jakoteż krzepliwość krwi nie wykazywała w tych wypadkach żadnych odchyleń od normy. Wyniki badań nad zachowaniem się prób biologicznych w twardzieli stały się podstawą leczenia swoistego tego cierpienia pod postacią autowakcyny. Sposób ten podał w roku 1893 *Pawłowski* z Kijowa, wstrzykując chorym ekstrakt glicerynowy hodowli buljonowej prątka twardzieli nazwanej przez niego rhinoscleryną w ilości od 0.1 — 3 5 c$^3$ podskórnie. *Vymola* z Pragi podał w r. 1901 leczenie twardzieli wstrzykiwaniami zagęszczonych wyciągów plazmy prątka Frischa, sporządzonych przez bakterjologa *Honla*. W jednym przypadku daleko posuniętych zmian twardzielowych w nosie, gardzieli i krtani po 48-miu zastrzykach tego przetworu pod skórę otrzymał całkowite wyleczenie. Zdaniem tegoż autora działanie tej szczepionki należy sobie przedstawić w ten sposób, że prątki Frischa ulegają całkowitemu zniszczeniu wskutek podniesienia odporności samej tkanki. Wślad zatem także i nacieki twardzielowe ulegają zmniejszeniu, a nawet całkowitemu wchłonięciu i to tem szybcej im proces jest świeższy. Histologicznie dało się wykazać po 50-ciu zastrzykach tej plasminy twardzielowej tylko resztki nacieku, będącego w stadjum inwolucji. U nas stosowali leczenie twardzieli autowakcyną w roku 1913 *Brunner*, *Jakubowski* i *Tryjarski* z wynikiem dodatnim lecz tylko w przypadkach, wczesnych, niezadawnionych. Sposób przygotowania tej autowakcyny natrafia dziś jeszcze na znaczne trudności, a wobec długiego okresu stosowania tej szczepionki i niezbyt pewnych wyników leczniczych sposób ten ustąpił miejsce innym bardziej radykalnym środkom, jak to leczeniu chirurgicznemu, promieniom X i radium, stosowanym z powodzeniem miejscowo na nacieki twardzielowe; ten ostatni nadaje się zwłaszcza do nosa i jamy nosowogardłowej. W miejscach zaś zbliznowaciałych zyskuje sobie coraz szersze zastosowanie elektrokoagulacja.

**Piśmiennictwo.**

Babes: Rhinosclerom Hanb. d. pathologmikroorgan. Kole Wassermann Bd. III. Baurowicz: Sclerom auf Grund d. Beobachtung 100. Falle Arch. f. Lar. Bd. X 1900. Bertarelli: Kapselbacillen ihre Systematik u Reaktionen. Zentralbl. f. Bakteriologie Bd. 37. 1906. Dietrich: Zur Aetiologie d. Rhinoscler. Zentralbl. f. Bakteriolog. Bd. 15. 1905. Klemperer-Scheier: Über die Identitat d. Ozaena, Sclerom u. Friedlanderbacilen Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XIV. 1902. Porges: Beitrage zur Bakterienaglutinationu. Ausflocungserscheinungen d. Kolloide. Zentralbl. f Bakteriolog. Bd. VIII. 1901. Schrotter: Bedeutung d. systematischen Studiums d. Scleroms Klin. Jahrb. Bd. VIII 1899. Streit: Histologisch-klinische Beitrage zum Sclerom. Arch. f. Laryng. Bd. XVI H/3. 1906. Streit: Zur Frage d. Aglutiniebarkeitd. Kapselbacillen. Zentralbl: f. Bakteriolog. Bd. IX. 1906. Porges: Uber die oglutination d. Kapselbacillengruppe Zeitschr. f. Experiment. Patholog. Bd. I. 1905. Kriebel: Über Rhinosclerom Sitzungsbericht d. med. Gesellchaft Breslau. D. med. Wochschr. 20. 1918. Litauerówna: O własnoś iach fermentacyjnych prątków twardzieli. Medyc. i Kronika 1913. Palestrini E.: Arch. ital di laryng. 45/12. J. Kabelik. Bakterjologicke rozpoznanje skleromy. (Ceska dermatologie T. 46/7 1923). Kraus Alfr.: Bakteriogie d. Scleroms. Verhandlg. d. Vereins deutscher Hals-Nas-Ohrenaerzte d. Tschechoslovak. Republ. 1923. Vymola: Casopis lekaru českych Nr. 65—7. 1926. M. Kordatova: Moskauer Otolaryng. Sitzung 8/1. 1924. ref. Zentralbl. f. Hals, Nas. Ohrhde IX/3. 1925. Brunner-Jakubowski: O leczeniu twardzieli autowakcyną. Med. i Kronika. 1913. Jindra Vratislav: Hemoterapja skleromy. Cas. lek. českych 63/4. 1924. Laskiewicz A.: O różnicy biologicznej prątków otoczkowych. Nowiny lekarskie grudzień 1922. N. Gąsiorowski: O etjologji i epidemiologji twardzieli (P. G. L. Nr. 28 i 29 1927). H. Meisel i E. Mikulaszek: O tak zwanych prątkach twardzieli (P. G. L. Nr. 3 — 1927).

---

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie. (Kierownik Prof. J. Szmurło).

## Wielkość i postać małżowiny usznej u ludności polskiej na Wileńszczyźnie.

Podał J. PIEŃKOWSKI, słuchacz 5-go roku medycyny.

Praca nagrodzona na konkursie Wydz. Lekarskiego U. S. B.

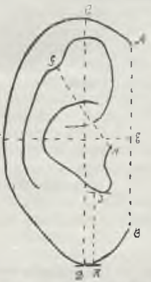
Badanie małżowiny usznej było przedmiotem studjów wielu anatomów i antropologów w drugiej połowie ubiegłego stulecia, jak *Schwalbe*, *Topinard*, *Czekanowski*, *Poirier*, *Henle*, *Aleksander*, *Martin* i wielu innych. Największą zasługę w tej dziedzinie położył *Schwalbe*, który w pracy swej „Anatomie des Ausseren Ohres" ustalił metody badania i pomiarów małżowiny usznej oraz sam dokonał szeregu badań nad przedstawicielami ludności niemieckiej Jego metoda zy-

skała powszechne uznanie i z małemi uzupełnieniami, poczynionemi przez *Martina*, stała się punktem wyjścia dla badań następnych.

Z otologów najwięcej w tej dziedzinie dokonał badań słynny prof. neapolitanski *Gradenigo*, który w szeregu prac nad morfologją małżowiny usznej u człowieka zdrowego, chorego umysłowo i przestępcy, nad zboczeniami i zaburzeniami w jej rozwoju rzucił wiele światła na tę ciekawą kwestję, pozatem włoski otolog *Vali* i prof. *Alexander* z Wiednia.

W literaturze ojczystej nie znalazłem zupełnie prac, dotyczących małżowiny usznej, opartych na jej pomiarach. W dostępnych mi pracach *Mydlarskiego*, *Talko-Hryncewicza* znalazłem tylko ogólne określenia wyglądu małżowiny u ludności polskiej. Dlatego też na propozycję P. Prof. *Szmurły* postanowiłem pod Jego kierownictwem przystąpić do badań nad małżowiną uszną ludności polskiej na Wileńszczyźnie, ażeby wnieść choć drobny przyczynek do tego zagadnienia.

Zanim przejdę do rozpatrywania wyniku pomiarów i spostrzeżeń, muszę pokrótce zaznaczyć, jakie pomiary były uwzględniane, w jaki sposób przeprowadzane i za pomocą jakich instrumentów były wykonane. W porozumieniu z Prof. *Szmurło* brałem pod uwagę następujące wymiary uwzględnione przez *Szwalbego* w dziele wyżej podanem.



Rys. 1. Wymiary małżowiny. (objaśnienia w tekście.

1) Długość nasady ucha. Jest to długość linji, stanowiącej przyczep przedni małżowiny usznej. Rys. I A-B.

2) Wysokość ucha czyli odległość od najwyższego punktu małżowiny usznej do najniższego punktu płatka w wymiarze pionowym. Rys. I C-D.

3) Największa szerokość czyli największy wymiar poziomy małżowiny t. j. prostopadły do wysokości ucha Rys. I E.-P.

4) Rzeczywista długość—czyli odległość wzgórka *Darwina* od wcięcia ucha przedniego (incisura auris anterior) rys. I G.-H.

5) Długość płatka t. j. odległość dolnego końca płatka od najniższej części wcięcia międzyskrawkowego (incisura intertragica) małżowiny usznej Rys I I.-K.

6) Kąt odstawania małżowiny usznej od bocznej powierzchni czaszki (Angulus auriculo-temporalis Frigerio). Kąt ten brałem w miejscu między przyśrodkową powierzchnią małżowiny usznej a nasadą wyrostka sutkowego.

Do mierzenia wymiarów wysokości ucha, szerokości ucha i długości nasady służył mi odpowiednio zmodyfikowany nonjusz. Do określenia wymiarów rzeczywistej długości oraz długości płatka używałem zwykłej linijki centymetrowej z podziałkami na milimetry.

Do mierzenia kąta używałem, na miejscu zrobiony, bardzo prostej budowy kątomierz z dokładnością do 0,5 stopnia. Kątomierzem posiłkowałem się w ten sposób, że zakładałem go za ucho, przykładam jedno ramię do wyrostka sutkowego na wysokości jamki sutkowej (fossa mastoidea) a drugie ramię odsuwałem do zetknięcia się z przyśrodkową powierzchnią małżowiny.

Kąt odstawania małżowiny usznej jest dotychczas bardzo mało opracowany. Poza *Frigerio* (1888 r.), który robił pomiary kąta powyższego za pomocą specjalnie zbudowanego kątomierza w dostępnej mi literaturze nigdzie nie spotkałem, aby ktokolwiek ponawiał próby określenia kąta odstawania małżowiny usznej od bocznej powierzchni czaszki

Niektórzy badacze, jak *Schwalbe*, *Poirier i Charpy*, wątpią w ścisłość kąta, określonego sposobem *Frigerio*, jednak innych sposobów, dla takiego określenia nie podają. Myśmy jednak uważali, że określenie kąta sposobem *Frigerio* może dać wyniki zbliżone do rzeczywistości, jeżeli się bierze pod uwagę większą liczbę zbadanych osobników.

Na wielkość kąta, określanego kątomierzem, może do pewnego stopnia wpływać kształt nasady wyrostka sutkowego, który może być więcej lub mniej wypukły nie tylko u różnych osobników, ale może się różnić też u tegoż samego osobnika. Także kształt obrąbka i grobelki mogą wpływać na kątomierz przy określaniu kąta. Jednak w większości wypadków kąt daje się określić dosyć dokładnie, a te niedokładności, które w pewnych wypadkach mogą powstać, nie wpłyną tak bardzo na określenie średniej wielkości kąta. Nie mając więc innych sposobów do określenia kąta bezwzględnie dokładnego, wybraliśmy wyżej wymieniony sposób, w przekonaniu, że da on nam w przybliżeniu, nie odbiegającem bardzo od rzeczywistości, wartość średnią odstawania małżowiny usznej od bocznej powierzchni czaszki. Po tym krótkim opisie planu badań przejdę do opisu wyników, otrzymanych drogą wymiarów i obserwacji niektó-

rych właściwości małżowiny usznej u ludności Polskiej zamieszkałej w Wileńszczyźnie. Badania prowadziłem pod ogólnem kierownictwem Pana Profesora Szmurły na terenie kliniki Otolaryngologicznej, kliniki wewnętrznej oraz oddziału wewnętrznego i usznego szpitala Wojskowego na Antokolu.

Badałem obie małżowiny uszne u 101 dorosłych mężczyzn i 50 kobiet. Czyli że zbadane zostały 202 uszy męskie i 100 uszu żeńskich z wynikiem następującym:

(Otrzymane cyfrowe dane sumowałem a następnie dzieliłem na liczbę uszu).

D ł u g o ś ć  n a s a d y. ***Długość, nasady u mężczyzn waha się od 39 mm do 62 mm.*** W tem o długości do 40 mm jest 1% uszu, od 40 mm do 50 mm. 75,2% uszu, od 50 mm do 60 mm. 22,8% uszu i powyżej 60 mm 1% uszu. U kobiet zaś długość nasady ucha waha się od 35,5 mm do 57,6 mm. W tem z długością nasady do 40 mm jest 12%, od 40 mm do 50 mm 69% i powyżej 50 mm 19% uszu. U mężczyzn długość nasady prawego ucha wynosi średnio 48,5 mm, lewego średnio 48 mm. ***Ogólnie u mężczyzn długość nasady wynosi średnio 48,3 mm.*** U kobiet długość nasady wynosi średnio: prawego ucha 46 mm, lewego 46 mm. ***Ogólnie długość nasady ucha u kobiet wynosi średnio 46 mm.***

W y s o k o ś ć  u c h a. ***Wysokość ucha u mężczyzn waha się od 53,5 do 71,4.*** W tem z wysokością do 60 mm jest 23,3%, od 60 mm do 70 mm 76,2% i powyżej 70 mm 0,5%. ***U kobiet zaś wysokość ucha waha się od 52 mm do 69 mm.*** W tem z wysokością do 60 mm jest 49% a powyżej 60 mm 51% uszu.

U mężczyzn wysokość ucha prawego wynosi średnio 62,9 mm, lewego 62,6 mm.

Ogólnie ***średnia wysokość uszu u mężczyzny—62 8 mm.*** U kobiet zaś wysokość ucha prawego wynosi średnio 59,8 mm, lewego 59,2 mm.

O g ó l n i e ***średnia wysokość ucha u kobiet 59,5 mm.***

R z e c z y w i s t a  d ł u g o ś ć. ***Rzeczywista długość ucha u mężczyzn waha się od 18 mm do 39 mm.*** Przyczem z długością rzeczywistą do 20 mm jest 1% uszu, od 20 do 30 mm—66,4%, powyżej 30 mm 32,6%.

***U kobiet rzeczywista długość uszu waha się od 21 do 35 mm.*** W tem z długością rzeczywistą do 30 mm jest 91% uszu a powyżej 30 mm 9% uszu.

Długość rzeczywista prawego ucha wynosi u mężczyzn średnio 29,2 mm, lewego 28,7 mm. *Ogólnie u mężczyzn długość rzeczywista ucha wynosi średnio 29 mm.*

U kobiet rzeczywista długość prawego ucha wynosi średnio 27,1 mm, lewego 27,4 mm. *Ogólnie rzeczywista długość wynosi u kobiet średnio 27,3 mm.*

Szerokość, ucha. *Szerokość ucha u mężczyzn waha się od 30 do 45 mm.* W tem uszy o szerokości do 30 mm, stanowią 1%, od 30 do 40 mm 92,1%, a powyżej 40 mm 6,9%. *U kobiet szerokość ucha waha się od 30 do 41 mm.* Przytem uszy o szerokości do 30 mm stanowią 1%, od 30 do 40 mm 98% i powyżej 40 mm 1%.

U mężczyzn szerokość prawego ucha wynosi średnio 36,4 mm, lewego 36,5 mm. *Ogólnie u mężczyzn szerokość ucha wynosi średnio 36,5 mm.* U kobiet szerokość prawej małżowiny usznej wynosi średnio 35 mm, lewej 35,2 mm. *Ogólnie szerokość ucha u kobiet wynosi średnio 35,1 mm.*

Długość płatka. *Długość płatka u mężczyzn waha się od 11 mm do 24 mm.* W tem z długością płatka do 15 mm jest 29,1%, od 15 do 20 mm 62,9% i powyżej 20 mm 8% uszu.

*Długość płatka u kobiet waha się od 12 do 22 mm.* W tem z długością płatka do 15 mm jest 35% uszu od 15 do 20 mm 54% i powyżej 20 mm 11%. U mężczyzn długość płatka prawego ucha wynosi średnio 16,7 mm, lewego 16,6 mm. *Ogólnie długość płatka u mężczyzn wynosi średnio 16,6 mm.* U kobiet długość płatka prawego ucha wynosi średnio 16,8 mm, lewego 16,6 mm. *Ogólnie średnia długość płatka u kobiet wynosi 16,7 mm.*

Kąt odstawania małżowiny usznej (Angulus auriculo-temporalis Frigerio). *U mężczyzn kąt ten waha się od 42 do 94 stopni.* W tem pod kątem do 50 stopni jest ustawione 4% uszu: pod kątem od 50 do 60 stopni 13,4%, pod kątem od 60 do 70 stopni 33,6%, pod kątem od 70 do 80 stopni 29%, pod kątem od 80 do 90 stopni 17,3% i powyżej 90 stopni 2,5% uszu.

*U kobiet kąt ten waha się od 40 do 85 stopni* W tem pod kątem do 40 stopni ustawione jest 3% uszu, pod kątem od 40 do 50 stopni 10%, pod kątem od 50 do 60 stopni 22%, pod kątem od 60 do 70 stopni 41%, pod kątem od 70 do 80 stopni 20% i pod kątem wyżej 80 stopni 4%. U mężczyzn kąt odchylenia małżowiny usznej od bocznej powierzchni czaszki wynosi dla prawego

ucha średnio 68,4 stopnia, dla lewego 72,3 stopnia. *Ogólnie średnio 70,4 stopnia.*

U kobiet kąt ten wynosi średnio dla prawego ucha 62,2 stopnia, dla lewego 65,1 stopnia. *Ogólnie średnio 63,7 stopnia.*

Pozatem obliczyłem t. zw. Index Fizjognomiczny t. j. iloraz od podzielenia stokrotnej szerokości ucha przez wysokość według wzoru

$$\frac{\text{Szerokość. 100}}{\text{Wysokość}} \text{ — index fizfognomiczny}$$

Oraz Index Morfologiczny t. j. iloraz od podzielenia stokrotnej długości nasady ucha przez rzeczywistą długość według wzoru:

$$\frac{\text{Długość nasady. 100}}{\text{Rzecz. dług.}} \text{ — index morfologiczny}$$

U mężczyzn *index fizjognomiczny wynosi średnio 58,1, u kobiet zaś 58,9.*

Index Morfologiczny u mężczyzn wynosi *średnio 166,2* u kobiet *zaś 168,8.*

Poniżej zamieszczone tabelki ilustrują powyższe stosunki wymiarów małżowiny usznej.

| Płeć | UCHO | Długość nasady | Wysokość | Rzecz. długość | Szerokość | Płatek długość | Kąt odstawania małżowiny |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mężczyźni | Prawe . . . | 48,5 mm | 62,9 mm | 29,2 mm | 36,4 mm | 16,7 mm | 68,3° |
| | Lewe . . . | 48,0 " | 62,6 " | 28,7 " | 36,5 " | 16,6 " | 72,3° |
| | Ogólnie . . | 48,3 " | 62,8 " | 29,0 " | 36,5 " | 16,6 " | 70,4° |
| Kobiety | Prawe . . . | 46,1 " | 59,8 " | 27,1 " | 35,0 " | 16,8 " | 62,2° |
| | Lewe . . . | 46,0 " | 59,2 " | 27,4 " | 35,2 " | 16,6 " | 65,1° |
| | Ogólnie . . | 46,1 " | 59,5 " | 27,3 " | 35,1 " | 16,7 " | 63,7° |

Tabl. 1. Przedstawia średnie wymiary dla prawego ucha, lewego ucha i ogólnie średnio dla obu.

| Milimetry | | 10—20 mm. | 20—30 mm | 30—40 mm | 40—50 mm. | 50—60 mm. | 60—70 mm. | 70—80 mm. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mężczyźni. | Długość nasady | — | — | 1% (39) | 75,2 % | 22,8% | 1% (62) | — |
| | Wypukłość | — | — | — | — | 23,3%(53,5) | 76,2% | 0,5% (71,4) |
| | Rzecz. długość | 1% (18) | 66,4% | 32,6% (39) | — | — | — | — |
| | Szerokość | — | 1% (30) | 92,1% | 6,9% (45) | — | — | — |
| Kobiety. | Długość nasady | — | — | 12% (35,5) | 69% | 19% (57,6) | — | — |
| | Wypukłość | — | — | — | — | 49% (52) | 51% (69) | — |
| | Rzecz. długość | — | 91% (21) | 9% (35) | — | — | — | — |
| | Szerokość | — | 1% (30) | 98% | 1% (41) | — | — | — |

Tabl. 2. Ta tablica przedstawia procentowo wahania liczby uszu w zależności od ich odpowiednich wymiarów.

Uwaga: Liczby w nawiasach obok liczb oznaczających procent stanowią maximum i minimum odpowiednich wymiarów.

| Długość w milimetrach | | 10—15 mm. | 15—20 mm. | 20—25 mm. |
|---|---|---|---|---|
| Mężczyźni. | Płatek . . | 29,1% (11) | 62,9% | 8% (24) |
| Kobiety | Płatek . . | 35% (12) | 54% | 11% (22) |

Tabl. 3. Ta tablica przedstawia procentowo liczbę płatków usznych w zależności od ich długości.

Uwaga: Cyfry w nawiasach oznaczają największą i najmniejszą długość płatka tak u mężczyzn, jak i u kobiet.

| Wielkość kąta w stopniach | | 30—40⁰ | 40—50⁰ | 50—60⁰ | 60—70⁰ | 70—80⁰ | 80—90⁰ | 90—100⁰ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mężczyźni | Kąt . | — | 4% (42) | 13,4 % | 33,6 % | 29% | 17,3% | 2,6% (94) |
| Kobiety . | Kąt . | 3% (40) | 10% | 22% | 41% | 20% | 4% (85) | — |

Tabl. 4. Ta tablica przedstawia procentowo ilość uszu w zależności od wielkości kąta odstawania małżowiny usznej.

Uwaga: Cyfry w nawiasach oznaczają maximum i minimum kąta (w stopniach) odstawania małżowiny usznej.

Oprócz pomiarów wyżej opisanych robiłem jeszcze obserwacje wzrokowe niektórych cech małżowiny usznej a mianowicie brałem pod uwagę wzgórek Darwina, obrąbek, grobelkę, skrawek i płatek. W porządku wyżej wymienionym postaram się opisać wyniki tych badań.

Wzgórek Darwina. Wzgórek Darwina może być obustronnie obecny, obustronnie nieobecny, lub obecny jednostronnie. Wynik moich obserwacyj co do tych trzech możliwości przedstawia poniższa tabelka:

| | ♂ | ♀ |
|---|---|---|
| Liczba osobników zbadanych . . . | 101 | 50 |
| „ uszu . . . . . . . . . . | 202 | 100 |
| Wzgórek Darwina obustronnie obecny | 64,4% | 62% |
| „ „ wogóle obecny . . | 84,2„ | 76„ |
| „ „ obustronnie brakuje | 15,8„ | 24„ |
| Uszy ze wzgórkiem Darwina . . . | 73,3„ | 69„ |
| Uszy bez wzgórka Darwina . . . . | 26,7„ | 31„ |

Pozatem klasyfikowałem uszy według 6 postaci opisanych przez Schwalbego w zależności od wielkości wzgórka Darwina Rys. 2, 3, 4, 5, 6, 7. Wynik tych badań przedstawia następująca tabelka:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ilość zbadanych uszu . . . . | | 202♂ | | | 100♀ |
| 1 forma . . . . | 3 uszu | = 1,5% | 0 uszu | = | 0% |
| 2 „ . . . . . | 0 „ | = 0„ | 0 „ | — | 0„ |
| 3 „ . . . . . | 9 „ | = 4,5„ | 3 „ | = | 3„ |
| 4 „ . . . . . | 43 „ | =21,3„ | 15 „ | = | 15„ |
| 5 „ . . . . . | 93 „ | =46,0„ | 51 „ | = | 51„ |
| 6 „ . . . . . | 54 „ | =26,7„ | 31 „ | = | 31„ |



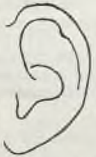
Rys. 2. Forma 1. (Macacus)



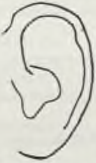
Rys. 3. Forma 2. (Satyr)



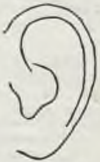
Rys. 4. Forma 3



Rys. 5. Forma 4



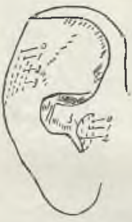
Rys. 6. Forma 5



Rys. 7. Forma 6

Pozatem umiejscowienie wzgórka Darwina nie jest jednakowe we wszystkich przypadkach. W dużym procencie wzgórek Darwina znajduje się na przejściu od obrąbka górnego do obrąbka tylnego. Pozatem wzgórek Darwina może się znajdować na przestrzeni górnej połowy tylnego obrąbka. Co do wzgórka Darwina wyniki badań różnych badaczy różnią się znacznie od siebia. Różnice te pochodzą po części z tego, że badanie polega na obserwacji tylko wzrokowej, więc i wyniki ich mają tylko wartość względną. Między poszczególnemi grupami jest cały szereg form przejściowych, które nawet wprawny badacz może raz zaliczyć do jednej, innym razem do innej grupy to samo ucho, a cóż dopiero, gdy badania są przeprowadzane przez różnych badaczy. To samo dotyczy się badań wzrokowych nad obrąbkiem, grobelką i skrawkiem.

Obrąbek. Co do obrąbka to obserwowałem jego wielkość, czyli stopień zawinięcia. Obserwacje przeprowadziłem w ten sposób że podzieliłem, zależnie od stopnia zawinięcia obrąbek na trzy grupy. Do pierwszej grupy zaliczyłem obrąbki o niewielkiem zawinięciu, do drugiej o średniem zawinięciu, a do trzeciej o bardzo dużem zawinięciu (rys. 8). Wynik tego badania przedstawia niżej zamieszczona tabelka:



Rys. 8. Z antropologji R. Martin'a (według Keith'a).

| Grupa | Ilość uszu ♂ | Ilość uszu ♀ |
|---|---|---|
| 1 | 110 = 50% | 62 = 62% |
| 2 | 84 = 41„ | 31 = 31„ |
| 3 | 17 = 85„ | 5 = 5„ |

Skrawek. Skrawek dzieliłem także w takiż sposób jak obrąbek na trzy grupy (rys. 8). Wynik wypadł następujący:

| Grupa | Ilość uszu 202♂ | Ilość uszu 100♀ |
|---|---|---|
| 1 | 69 = 34% | 60 = 60% |
| 2 | 123 = 61„ | 38 = 38„ |
| 3 | 10 = 5„ | 2 = 2„ |

Oprócz tej klasyfikacji co do wielkości rozróżniałem trzy formy co do kształtu skrawka.

Skrawki, których granica tylna tworzy mniej więcej pionową linję zaliczałem do pierwszej grupy (rys. 9). Do drugiej grupy skrawki w postaci stożka zwróconego wierzchołkiem ku tyłowi (rys. 10). Do trzeciej grupy te skrawki, których dolna część jest bardziej wysunięta ku tyłowi, czyli linja, stanowiąca tylną granicę jest pod kątem do pionu wyraźnym. (rys. 11). Wynik badań przedstawia następująca tabelka:

| Grupa | Ilość uszu 202♂ | Ilość uszu 100♀ |
|---|---|---|
| 1 | 124 uszu = 61,4% | 48 uszu = 48% |
| 2 | 30 „ = 14,8„ | 26 „ = 26„ |
| 3 | 48 „ = 23,8„ | 26 „ = 26„ |



Rys. 9.



Rys. 10.



Rys. 11.

Płatek. Wymiary płatka podane zostały wyżej. Oprócz pomiarów zwracałem uwagę na stopień przyrośnięcia płatka. Rozróżniałem w tym przypadku cztery stopnie:



Rys. 12. Płatek wolny.

1) Płatek wolny — gdy więcej niż połowa długości płatka nie była zrośnięta ze skórą policzka. Rys. 12.

2) Płatek srednioprzyrośnięty — gdy płatek nie był przyrośnięty od jednej czwartej do jednej drugiej swej długości. Rys. 13.

3) Dużoprzyrośnięty — gdy płatek był wolny od jednej czwartej swej długości. Rys. 14.

4) Przyrośnięty — gdy cały płatek był zrośnięty ze skórą policzka. Rys. 15.

Wyniki tych badań ilustruje niżej załączona tabela:

| Stopień przyrośnięcia | Ilość uszu | |
|---|---|---|
| | 202♂ | 100♀ |
| Wolny . . . . . . | 44 uszu=21,8% | . . 24 uszu=24% |
| Średnio-przyrośn. . . | 46 „ =22,8„ | . . 27 „ =27„ |
| Dużo-przyrośn. . . . | 63 „ =31,1„ | . . 26 „ =26„ |
| Przyrośnięty . . . . | 49 „ =24,3„ | . . 23 „ =23„ |



Rys. 13. Płatek średnio-przyrośn.



Rys. 14. Płatek dużo-przyrośn.



Rys. 15. Płatek przy-rośnięty.

Grobelka. Badanie grobelki przeprowadziłem w ten sposób, że te, które leżały w płaszczyznie łączącej skrawek z obrąbkiem, zaliczałem do pierwszej grupy. Te, których największa wypukłość leżała poniżej tej płaszczyzny, do drugiej. Te zaś, których największa wypukłość wystawała ponad tę płaszczyznę, do trzeciej. (Bertillon).

Wynik tych badań przedstawia następująca tabelka:

| Grupa | Ilość uszu 202♂ | Ilość uszu 100♀ |
|---|---|---|
| 1 . . | 93 uszu = 46% . . | 52 uszu = 52% |
| 2 . . | 82 „ = 40,6„ . . | 22 „ = 22„ |
| 2 . . | 27 „ = 13,4„ . . | 26 „ = 26„ |

Oprócz wyżej wymienionych spostrzeżeń badałem jeszcze rozwój mięśni usznych, wyrażających się możliwością poruszania samodzielnego małżowiną uszną.

Na 70 mężczyzn 12 mogło mniej lub więcej poruszać uszami. W większości jednak poruszali oni jednocześnie innemi mięśniami twarzy oraz czoła. Poruszanie uszami za pomocą tylko mięśni usznych (bez udziału mięśni twarzy i czoła) stwierdziłem tylko u 4 osobników. Ruch uszami we wszystkich przypadkach przywodzący i w niektórych tylko przypadkach unoszący ku górze. Następująca tabelka przedstawia te stosunki:

Zbadano ogółem mężczyzn — — 70
Wogóle mogło poruszać uszami — 12 osób = 17,1%
Z tych tylko 4 mogło poruszać uszami za
pomocą tylko mięśni usznych . . . . . = 5,7„

U kobiet na 50 osób zbadanych tylko 2 mogły poruszać samodzielnie uszami. Z tych jedna tylko za pomocą mięśni usznych.

Zbadano ogółem kobiet . . . . . 50
Wogóle mogło poruszać uszami . . 2 = 4%
Tylko za pomocą m. usznych . . 1 = 2,,

Na zakończenie niniejszej pracy pragnę złożyć serdeczne podziękowanie Panu Prof. Szmurle, za duże interesowanie się moją pracą, za udzielanie mi cennych wskazówek i rad oraz za udzielenie pomocy przez dostarczenie odpowiednich instrumentów i odpowiedniej literatury. Dzięki bowiem tylko wyżej wymienionemu zainteresowaniu się i pomocy Pana Prof. Szmurły powyższe badania mogłem wykonać, pomimo krótkiego czasu i przeszkód natury technicznej.

Podczas wykonywania powyższej pracy korzystałem z następujących dzieł:

**Literatura:**

Alexander G: (w dziele zbiorowem Alexander, Denkier i Kahler) „Antropologie des Gehororganes". Gradenigo: 1) Morfologieder Ohrmuschel bei gesunden und gesteiskranken Menschen und bei deliquenten Arch. Ohrenheilk. Bd. 30 S. 230, 1890. 2) Ueber der Form anomalien der ohrmuschel Arch. Ohrenheilk. Bd. 32 S. 202 u. Bd. 33 S. 1, 1891. 3) Miszbildungen der Ochmuschel Arch. Ohrenheilk. Bd. 34 S. 281, 1893. Henle Merkel: I Anatomja człowieka. Martin Rudolf: Lehrbuch der Anthropologie 1914. Poirier P. Charpy: Traite D'anatomie Humaine. Ranke: Człowiek (tłom. rosyjskie). Schwalbe: Das Aüsser Ohr. Anatomie des Menschen. Prof. Karl von Bardeleben Bd. 5. Abteil. 2. 1897. Topinard P.: Anthropologie 1888. Vali E.: Untersuchungen an Verbrechen über die morfologischen Verandeungen an der Ohrmuschel. Arch. Ohrenheilk. Bd. 34 S. 315, 1893.

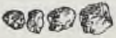
---

## Kamienie ślinianek i ich przewodów.

podał: Dr. ALFRED LASKIEWICZ.

Kamienie ślinowe są cierpieniem, związanem zazwyczaj ze stanem zapalnym gruczołów ślinowych i ich przewodów wyprowadzających. Procentowo najczęściej, według statystyki *Wendla* w 61,4% przyp. zdarzają się one w śliniance podszczękowej, następnie w śliniance przyusznej (20,4%), najrzadziej w śliniance podjęzykowej. Według *W. Duncana* i *Naeslunda* kamienie ślinowe przedstawiają połączenie fosforanów, węglanów Ca, soli Mg., drobnej ilości NaCl oraz składników organicznych (około 5%), które zdaniem *Debouqueta* składają się głównie na odczyn ksantoproteinowy przy badaniu składu chemicznego tych kamieni. Sole te odkładają się dookoła jądra, utworzonego ze zgęszczonej wydzieliny gruczołu ślinowego (*Chorążycki*), względnie ciał obcych, jako cząstek pokarmowych,

kawałków źdźbła, traw lub cząsteczek plewy, będącej często domieszką potraw mącznych. W rzadkich bardzo wypadkach spotykamy wrodzone zlepy soli Ca głównie fosforanów w śliniance podszczękowej u noworodków (*Schech, Burdel*). Według *Richeta* jądro kamienia ślinowego może być wytworem oddzielonych cząsteczek osadu (kamienia) zębowego. Badania *Maasa*, *Galippa* i *C. Naeslunda* wykazały, że jądro krystaliczne tych kamieni bywa w większości przypadków wytworzone zlepami drobnoustrojów, dostających się z jamy ustnej do przewodu ślinianek owego. Zwłaszcza drobne kolońje promienicy posiadają zdolność uporczywego trzymania się samych ścian przewodu, podczas gdy inne drobnoustroje zostają już dość szybko z prądem śliny wydalone nazewnątrz. Ponadto prątek promienicy ma, zdaniem wyżej wspomnianego autora, wytwarzać pewne enzymy, które z łatwością wyługowują sole Ca ze śliny i przyczyniają się niejednokrotnie do budowy warstwowej kamieni ślinowych. Podobnie też kolońje pleśniawki jamy ustnej leptothix mogą w pewnych warunkach stać się jądrem, dokoła którego odkładają się sole Ca i Mg. ze śliny. Jedną z głównych przyczyn tworzenia się kamienia ślinowego jest zdaniem *Leinatiego* i *Badleya* zmieniony skład chemiczny śliny, w związku z zapaleniem ślinianki, z której łatwo wypadają sole mineralne. Zewnętrzna warstwa kamienia ślinowego jest wytworem apozycji fosforanów względnie węglanów Ca i przedstawia powierzchnię nierówną, chropowatą, jakgdyby usianą drobnemi ziarenkami. Kształt kamieni ślinowych jest zależny nie tylko od ich składu chemicznego lecz w równej mierze także od miejsca wytworzenia się. A mianowicie kamienie powstające w samym gruczole ślinowym tworzą zlepy bezpostaciowe i są barwy szaro brunatnej. Natomiast kamienie, wytwarzające się w przewodzie gruczołowym w następstwie jego stanu zapalnego (sialodochitis calculosa), są szarobiałego zabarwienia, kształtu walcowatego lub stożkowatego i składają się zazwyczaj z kilku części (2—4). Przylegające do siebie powierzchnie tych kamieni są gładkie, oszlifowane i okazują niekiedy kontury budowy warstwowej, w której warstwy żółtawo — białawe leżą naprzemian z warstwami szarawemi. Wielkość kamieni ślinowych bywa rozmaita: od wielkości ziarnka piasku, prosa, do wielkości grochu lub nawet orzecha laskowego. *Lindemann* i *Hulke* opisali przypadek kamienia ślinianki podszczękowej wielkości 3 × 1 cm., *Küttner* i *Hochenegg*



Przyp. VI J. N. I. 39 kamień ślin. w przew. Whartona złożony z 4-ch części z oszlifowanemi powierzchniami wielkość naturalna.

kamień w śliniance przyusznej dochodzący wymiarem swym do wielkości jaja gołębiego.

Objawy kliniczne zależne są w pierwszym rzędzie od umiejscowienia kamienia ślinowego, jego wielkości i stosunku do światła przewodu wyprowadzającego. Małe kamienie powodują nieznaczne obrzmienie gruczołu ślinowego podszczękowego podczas jedzenia bądź w jego tylnej części, w okolicy kąta żuchwy, na dnie jamy ustnej, bądź też wzdłuż całego przewodu *Whartona* i fałdu podjęzykowego aż do frenulum linquae. Objawom tym towarzyszą zazwyczaj silne bóle (colica salivalis) pod szczęką, promieniujące do ucha zwłaszcza podczas jedzenia, lub dłuższego mówienia.

W początkowych okresach tworzenia się kamieni, kiedy objawy przedmiotowe nie są jeszcze zbyt wyraźne, pojawienie się bólu o charakterze kłującym w okolicy korzenia języka, pod językiem, względnie pod szczęką, bólu promieniującego często do uszów, naprowadza nas na właściwą przyczynę tych dolegliwości. Bóle te są w początkowym okresie bodaj jedynym objawem patognomicznym tworzącego się kamienia ślinowego i występują stale podczas spożywania pokarmów, zwłaszcza kwaśnych, działających silnie ślinotwórczo. W miarę przesuwania się kamienia ku tyłowi w głąb samego miąższu gruczołu ślinowego, który zwolna ulega zanikowi, nasilenie tych bólów znacznie się zmniejsza, a często nawet znika zupełnie, pozostawiając miejsce uczuciu napięcia lub ucisku w okolicy podszczękowej w związku z obrzmieniem gruczołu ślinowego w stanie czynnym.

Drugim stałym objawem kamienia ślinowego jest obrzmienie gruczołu ślinowego, jego przewodu wyprowadzającego, który przy małych kamieniach występuje zazwyczaj tylko częściowo i to przeważnie podczas jedzenia. Natomiast w przypadkach cięższych obrzmienie to obejmuje cały gruczoł ślinowy i utrzymuje się stale, jako wyraz procesu zapalnego, rozgrywającego się w jego wnętrzu pod wpływem drażnienia mechanicznego, względnie drogą przewodu ślinowego od strony jamy ustnej. W przypadkach przewlekłych może to obrzmienie gruczołu ślinowego przebiegać od czasu do czasu w postaci bardziej zaostrzonej z silną bolesnością na dotyk oraz podniesieniem ciepłoty. Występuje wówczas znamienny dla tego procesu objaw wydostawania się wydzieliny śluzoworopnej z ujścia przewodu ślinowego i to nie tylko przy ucisku na gruczoł odzewnątrz, lecz także samoistnie.

Zależnie od nasilenia sprawy zapalnej proces ten może z gruczołu przejść na jego otoczenie, dając naciek ropowicowy dna jamy ustnej z obrzękiem okolicznych gruczołów chłonnych, lub obraz

przypominający ropień okołomigdałkowy tylny, przez co rozpoznanie natrafia nieraz na znaczne trudności.

Rozpoznanie różniczkowe musi w przypadkach nietypowych wyłączyć w pierwszym rzędzie nowotwory, torbiele gruczołu ślinowego, promienicę oraz stany zapalne przewlekłe ślinianek. Zgłębnikowanie przewodu ślinowego może nam dać istotnie cenne usługi. *Killian* polecał do zgłębnikowania najcieńsze zgłębniki kauczukowe względnie fiszbinowe, *Heinemann* natomiast cienkie zgłębniki srebrne, jak do przewodów łzowych. Wreszcie *Claus* poleca przed wprowadzeniem zgłębnika do przewodu Whartona rozciąć jego ujście nożykiem do przewodów łzowych Bowmana. Zgłębnikowanie przewodów ślinowych powinno być zastosowane w każdym przypadku obrzmienia gruczołu ślinowego i ma w tych razach bezwzględną wyższość nad nakłuciem próbnem tegoż gruczołu od strony jamy ustnej.

W niektórych przypadkach udaje się kamień ślinowy wymacać dokładnie palcem od strony jamy ustnej, przy równoczesnem ugnieceniu ślinianki ręką od zewnątrz. Sposób ten jednak zawodzi w wypadkach w których kamień jest objęty naciekiem. Wreszcie wspomnieć należy o röntgenologicznem stwierdzeniu kamienia ślinowego, które dla ślinianki podszczękowej udaje się tylko w 75% przypadków i to w pierwszym rzędzie przy kamieniach umiejscowionych w samym gruczole ślinowym. Natomiast kamienie małe, zalegające w przewodzie Whartona przedstawiają ze względów topograficznych dla röntgenografji znacznie większe trudności.

Leczenie kamieni ślinowych jest z reguły operacyjne i powinno być zastosowane w okresie, w którym objawy podmiotowe nie są zbyt wyraźne. W stadjum ostro przebiegającego obrzmienia zapalnego ślinianki stosujemy przedewszystkiem zewnętrznie lód i wstrzykiwania podskórne atropiny, po których objawy zapalne znacznie się zmniejszają, a często nawet ustępują całkowicie. Wydobycie kamieni ślinowych ze ślinianki podjęzykowej względnie przewodu Whartona udaje się z reguły od strony jamy ustnej przy pomocy małej łyżeczki lub haczykowato zakrzywionego zgłębnika i nie przedstawia pod względem technicznym żadnych trudności. Natomiast kamienie zalegające w samym gruczole podszczękowym lub przyusznym muszą być wydobyte drogą od zewnątrz. W rzadkich tylko wypadkach udaje się przez masaż oburęczny presunąć mały konkrement z miąższu gruczołu podszczękowego do przewodu Whartona, skąd już z łatwością kamień ten może być usunięty przez jamę ustną drogą wyżej opisaną.

Po wydobyciu kamienia ślinowego na zewnątrz może przez czas dłuższy jeszcze utrzymywać się powiększenie oraz stwardnienie danego gruczołu ślinowego jako wyraz przewlekłego stanu zapalnego jego miąższu. Stan ten może niejednokrotnie być przyczyną nawrotów kamienia ślinowego i związanych z nim stanów ostrego nawrotowego zapalenia ślinianki, co wobec niebezpieczeństwa wytworzenia się przetoki zmusza niejednokrotnie do całkowitego wyłuszczenia samego gruczołu ślinowego. Co się tyczy wyboru metod operacyjnego wyłuszczenia ślinianek, to krótko tylko zaznaczyć należy, że wyłuszczenie ślinianki podjęzykowej dokonujemy podśluzowo od strony jamy ustnej. Śliniankę zaś podszczękową w kącie pomiędzy obydwoma brzuścami m. biventer, po uprzedniem odpreparowaniu leżącego nad nią n.n. językowego i podwiązaniu tętnicy szczękowej zewnętrznej oraz przewodu Whartona. *Heinemann* wykazał, że po wyłuszczeniu ślinianki podjęzykowej wraz z przewodem Whartona ślinianka podszczękowa ulega następczemu zanikowi, tak, że wyłuszczenie jej od zewnątrz nawet w wypadkach przewlekłego zapalenia staje się zbyteczne. Wyłuszczenie ślinianki przyusznej stosujemy w rzadkich tylko przypadkach, gdyż zabieg ten łączy się zwykle z cięższem obrażeniem nerwu twarzowego po danej stronie. To też staramy się o ile możności sposobami bardziej zachowawczemi wpłynąć na zmniejszenie jej objętości przez ograniczenie, względnie zniesienie jej czynności wydzielniczej przy pomocy promieni Rontgena lub drogą wycięcia (exaeresis) nn. auriculotemporalis sposobem, podanym przez *Leriche a.*

Z 6-ciu leczonych przezemnie przypadków kamieni ślinowych chodziło w pierwszym o mężczyznę (l. 46 S. K.) który skarżył się na powiększenie i stwardnienie ślinianki przyusznej prawej w następstwie przebytego ostrego zapalenia Przy obmacywaniu od zewnątrz daje się wyczuć guz wielkości dużej śliwki, konsystencji elastycznej, umiejscowiony tuż pod małżowiną uszną prawą. Przewód Stenona po tejże stronie wałowato naciekły, grubości małego palca. Po założeniu zgłębnika do światła tegoż przewodu i ugniecenlu na gruczoł od zewnątrz można było wydostać w niewielkiej ilości wydzielinę ciągnącą się zabarwienia mlecznego, a prócz tego kilka małych konkrementów wielkości małego ziarnka piasku, składających się przeważnie z fosforanów Ca Z powodu stale postępującego zwężenia światła przewodu Stenona i związanego z niem powiększenia samego gruczołu przystąpiono do leczenia naświetlaniami promieni Rontgena w dawkach $^{1}/_{3}$ HED co 2 tygodnie. Po 6 ciu naświetlaniach zauważono zmniejszenie się powiększonej ślinianki do połowy

objętości. Na zabieg wycięcia nn. auriculotemporalis chory się nie zgodził.

Przypadek 2-gi dotyczył mężczyzny lat 26 W., który podawał, że od kilku tygodni uczuwa stale ból i obrzęk pod językiem podczas jedzenia. Przy badaniu dało się stwierdzić powiększenie ślinianki podjęzykowej prawej z obrzękiem zakładki podjęzykowej po tejże stronie. Zdjęcie Röntgenowskie wykazało obecność kamienia ślinowego w tejże śliniance wielkości soczewicy. Po nacięciu gruczołu



Przypadek III-ci S. M. l. 37. Kamień ślinowy w tylnej części przewodu Whartona.

od strony jamy ustnej wydobyło z łatwością konkrement przy pomocy haczykowatego zgłębnika, poczem po zastosowaniu okładów obrzęk ślinianki ustąpił całkowicie.

W przypadku 3-cim były objawy zapalne w śliniance podszczękowej lewej w chwili zgłoszenia się chorego (S. M. l. 37) do kliniki w całej pełni wyrażone pod postacią bolesnego obrzęku okolicy podszczękowej oraz fałdu podjęzykowego po stronie lewej. Przy

obmacywaniu i poruszaniu szczęką chory uskarżał się na silny ból promieniujący do ucha. Z obrzmiałego otworu przewodu Whartona wydobywa się w niewielkiej ilości wydzielina śluzowo-ropna. Zdjęcie Rontgenowskie P. I. wykazało obecność kamienia ślinowego wielkości małego ziarnka grochu. Przy zgłębnikowaniu przewodu Whartona, które wykono dopiero po rozcięciu jego otworu wyprowadzającego nożykiem łzowym Bowmana, wyczuwa się wyraźnie ciało twarde, które odpowiada kamieniowi ślinowemu, umiejscowionemu w tylnej części przewodu. Z powodu zbyt silnego obrzmienia i bolesności na dotyk całej okolicy podszczękowej, zastosowano początkowo okłady z płynu Burowa oraz wstrzykiwania podskórne atropiny. Po



Przyp. IV-ty Z. N. I. 32. Kamień ślinianki podszczękowej.

ustąpieniu tych ostrych objawów zapalnych przystąpiono do masażu oburęcznego ślinianki w celu przesunięcia kamienia do przedniej części przewodu Whartona, poczem już z łatwością cięciem od strony jamy ustnej, kamień ten wydobyto ostrą łyżeczką na zewnątrz. Wygląd jego kulisty, powierzchnia nierówna, chropowata, wielkość odpowiadająca małemu ziarnku grochu. Zdjęcie Rontgena wykazuje obecność kamienia ślinowego w tylnej części przewodu Whartona.

Przypadek 4-ty jest pod względem obrazu klinicznego i umiej-

scowienia kamienia ślinowego podobny do wyżej opisanego, dlatego też oddzielnie go opisywać nie ma potrzeby.

O wiele wybitniej występują cechy kamienia wytworzonego w świetle przewodu Whartona w przypadku 5-ym kobiety A. B. lat 30, która skarżyła się na bóle rwące w okolicy podjęzykowej od 3-ch miesięcy podczas jedzenia. Od 2-ch tygodni bóle te utrzymują się stale, a nadto wystąpił obrzęk dna jamy ustnej po tejże stronie połączony z bolesnością na dotyk okolicznych gruczołów chłonnych. Z obrzmiałego ujścia przewodu Whartona wydziela się samoistnie wydzielina śluzoworopna. Obmacywaniem stwierdza się naciek przewodu ślinianki podszczękowej, oraz stwardnienie odpowiadające ka-



Przyp. V-ty A. B. l. 30. 2 konkrementy w przewodzie Whartona.

mieniowi ślinowemu wielkości fasoli. Zdjęcie Rontgenowskie wykazuje 2 złogi, zalegające w przewodzie Whartona P. Cięciem na fałdzie podjęzykowej od otworu zewnętrznego, na 2 cm. ku tyłowi wydobyto te złogi haczykowato zakrzywionym zgłębnikiem. Kamień ślinowy długości 11 mm. przedstawiał zarysy walca o powierzchni nierównej, ziarnistej. Drugi złóg znacznie mniejszy, wielkości ziarnka soczewicy. Po kilku dniach od chwili wydobycia, obrzęk ślinanki znacznie się zmniejszył, a bóle ustąpiły całkowicie.

Wreszcie w przypadku 6-m chodziło o mężczyznę lat 39 J. N., który od dłuższego czasu skarżył się na bóle ciągnące w okolicy podszczękowej lewej, występujące zwłaszcza podczas spożywania potraw kwaśnych. W ostatnich 5-ciu dniach bóle te stawały się coraz silniejsze, a równocześnie wystąpił obrzęk ślinianki podszczękowej lewej, połączony z bolesnością na dotyk oraz obrzmieniem okolicy podjęzykowej po tejże stronie. Z ujścia przewodu Whartona wydobywa się przy lekkim ucisku wydzielina śluzoworopna. Zgłębni-



Przyp. VI-ty J. N. l. 39. Kamień ślinianki w przewodzie Whartona.

kowanie tegoż przewodu wykonane po rozcięciu jego ujścia wykazało obecność kamienia ślinowego w samym świetle przewodu. Zdjęcie Röntg. przedstawia wyraźne obrysy tegoż kamienia, zalegającego w przewodzie Whartona. Po zmniejszeniu się ostrych objawów zapalnych rozszerzono cięcie od otworu zewnętrznego przewodu ślinianki podszczękowej 2.5 cm. ku tyłowi, poczem już z łatwością wydobyto kamień ślinowy z jego światła przy pomocy haczykowa-

tego zgłębnika i ostrej łyżeczki. Kamień ten składał się z 4-ch części: szerokiej podstawy, węższej części środkowej oraz stożkowatego szczytu, zwróconego do ujścia przewodu Whartona. Powierzchnia zewnętrzna tegoż kamienia wybitnie ziarnista, nierówna, natomiast powierzchnie zwróconych ku sobie części są gładkie, oszlifowane i wykazują kontury warstwowej budowy kamienia, w którym współśrodkowo ułożone warstwy żółtawe są przegrodzone cieńszemi warstwami szarobiaławemi. W składzie chemicznym przeważają fosforany oraz węglany Ca. W przeciwieństwie do wyżej opisanych złogów śliniankowych, kamień ten przedstawia wszystkie cechy złogów wytworzonego w świetle samego przewodu Whartona, jako następstwo jego stanu zapalnego (sialodochitis calculosa). Po wydobyciu kamienia objawy zapalne w śliniance szybko się cofnęły; pozostało tylko stwardnienie okolicy podszczękowej lewej, oraz fałdu podjęzykowego po tej stronie.

**Piśmiennictwo:**

Hochenegg: Lehrbuch d. speziellen Chirurgie T. I Ph. Schech. Die krankheitend. oberen Lı ftwege T. I. 898. B. Chorążycki: Uber Speichelsteinbildung A. F. Lar. Bd. 17. S. 523. Fr. Williams Duncan: Submaxill. calcul. Practition. 116.6. 26. C. Naeslund: Studien uber Speichelsteinbildung. Acta patholog. Scandin. Bd. II. 392 916. Hammer-Wiese: Salivary calcul. Americ. journ. of surg. 37 8 ref. Zentralbl. IX. 3.207. Harrison Guyr: Calculi of the salivarygland. aud duct. Americ. journ. of Surg. 43.4. 24. ref. Zeutralbl. Marque-Bardou: Calcul du can. de Wharton Rev. de laryng. T. 23 r. 42. 924. Stincel A: Fiscul du canal e caclul de canal Stenon, ligature et resection nerv auriculo-temporal (La med Ibera 925). G. Leclere: Retentionchron. de la salivar. parotid. Operation de Leriche. Rev. d. Laryng-rhinolog. 47 8. 924. Debucquet L: Lithiase parotidienne chez l homme. Compt. rend soc. biolog. 87.34. 922. Cervera: Calculosis gl. salivar. Med. Ibera. 16—9ąą. Burby B.: Franklin. Submaxillar salivar calcul. Ann. of Surg. 76.6. 922. ref. Zeutralbl. Fallas A.: Calculs des canaux excreteurs de glandes salivar. Compt. rendus. Soc. biolg. 87.34. Boss Wilh.: Zur Different. diagn. d. Speichelsteine Brunns Beitr. z. klin. chir. 125.2. 922.

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie. Kierownik Prof. Dr. Jan Szmurło.

Dr. BENEDYKT DYLEWSKI
mł. asystent kliniki.

# Przyrząd do ustalania i unieruchomiania głowy chorego podczas operacji na głowie.

(Demonstrowany na Wszechpolskim Zjeździe Otolaryngologów w Warszawie 29-go maja 1927 roku).

Podczas operacji na głowie, a w szczególności na wyrostku sutkowym zwykle pomocnik utrzymuje głowę chorego we właściwej pozycji Pomocnik ten zazwyczaj bardzo przeszkadza w pracy skupionym na niewielkiej stosunkowo przestrzeni dokoła pola operacyjnego operatorowi i asystentom. W klinikach trzymający głowę zasłania ze szkodą dla studentów pole operacyjne. Pozatem przy dłuższem trzymaniu pomocnik, wskutek zmęczenia wypuszcza z ustalonego położenia głowę chorego, przez co utrudnia i przedłuża wykonanie operacji. Mając powyższe na względzie obmyśliłem do trzymania głowy chorego przyrząd, który miał w zupełności zastąpić pomocnika bez jego stron ujemnych. Przyrząd ten okazał się praktyczny i od początku 1925 r. stale jest używany w Klinice Oto-laryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie (rys. 1 i 2).



Rys. 1.

Przyrząd, jak widać z fotografii, składa się z nakładanych na czaszkę kleszczy, które drugim końcem przymocowują się do pręta metalowego, ustalonego przy stole operacyjnym. Podczas operacji na wyrostku sutkowym jedna łyżka *a* nakłada się na potylicę bliżej ucha zdrowego; wówczas druga łyżka kleszczy *a'* trafi na przeciwległy guz czołowy. Przy takiem ułożeniu całe pole operacyjne i okolice sąsiednie są szeroko odsłonięte i wolne od części przyrządu.

To pozwala na użycie tego przyrządu bez poprzedniego wyjaławiania, gdyż zajmuje on na głowie chorego miejsca, które zwykle podczas operacji na wyrostku sutkowym nie podlegają dezynfekcji.



Rys. 2.

Umocowawszy część przyrządu na głowie chorego śrubą *b*, nadajemy jej odpowiednie, dogodne dla danej operacji położenie i przez pokręcanie śruby *c* w części połączeniowej unieruchomiamy kleszcze



Rys. 3.

razem z głową przy pręcie metalowym (rys. 3). Przymocowując pręt metalowy przy bocznym brzegu stołu operacyjnego, możemy odsłonić dla operacji czubek głowy (rys. 4). Nakładając nieco innej formy łyżki *d* na boczne części czaszki (zakrywając uszy) chorego, odsłaniamy dla operacji twarz, zatoki czołowe, szczękowe i t. d. (rys. 5).



Rys. 4.

W celu zmiany w trakcie operacji pozycji głowy chorego (dla dokładnego np. obejrzenia wszystkich części rany, dłutowania w innym kierunku, punkcji mózgu, zatoki i t. d.) wystarcza, by jeden z asystujących podczas operacji po przez pokrywę wyjałowioną, którą jest nakryty cały przyrząd, zwolnił o $^1/_2$ obrotu *tylko jedną* śrubę *c*, by móc ustawić głowę chorego w innej pozycji, gdyż zamek *l* pozwala poruszać się części, umocowanej na głowie w najrozmaitszych kierunkach. Odwrotne $^1/_2$ obrotu śruby *c* unieruchamia głowę chorego w nowej pozycji. Nareszcie, rozluźnienie śruby *b* szybko zwalnia głowę chorego od przyrządu, bo przytem ramiona kleszczy same się rozchylają.

Od początku 1927 roku z tym aparatem w Klinice Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie zostało wykonanych sto kilkadziesiąt operacyj na wyrostku sutkowym i kilka operacyj na zatokach nosowych, tak u dorosłych, jak i u dzieci płci obojga, bowiem ten sam

przyrząd daje się nakładać na czaszki, najrozmaitszych wymiarów.

W żadnym przypadku nie mieliśmy powikłań od stosowania przyrządu (bólów w miejscu ucisku, podbiegnięć krwawych, odleżyn i t. d.).

Potrzeba i aktualność podobnych przyrządów do ustalania głowy chorego podczas operacji została podkreślona jeszcze przez ukazanie się pracy prof. *Voss'a* w Acta Otolaryngologica z 1925 roku, w kilka miesięcy po wprowadzeniu mego aparatu w Klinice Otolaryngologicznej U.S.B. Prof. *Voss* podaje opis swego przyrządu do operacyj usznych, jako udoskonalenie myśli prof. *Holmgren'a*, który za pomocą mało skomplikowanego przyrządu przyciska głowę chorego bezpośrednio do stołu operacyjnego, co już znakomicie ułatwia wykonanie operacji. Łyżki kleszczy prof. *Voss'a* mają wygląd kleszczy porodowych i nakładają się tak samo na policzki tuż przed małżowinami usznemi. Nie mogąc tylko z rysunków i opisu ocenić należycie praktycznej wartości przyrządu prof. *Voss'a* muszę tylko wskazać, że umocowywanie przyrządu na policzkach, gdzie zwykle jest grubsza warstwa tkanki tłuszczowej i na ruchomej szczęce dolnej nie jest pewne. Po drugie, może to przeszkadzać podczas usypiania chorego, w chwili luksowania szczęki dolnej, wyciągania języka i t. d. Pozatem bezpośrednie sąsiedztwo łyżek przyrządu z małżowinami usznemi wymaga wyjaławiania przyrządu i utrudnia wykonanie plastycznych operacyj na samej małżowinie.



Rys. 5.

Stosowanie mego przyrządu w Klinice Oto - laryngologicznej U. S. B. w Wilnie w przeciągu przeszło dwuch lat wykazało, że przyrząd ten: 1) mocno i pewnie trzyma głowę chorego w raz nadanej pozycji przez cały czas operacji i w zupełności zastępuje pomocnika. Przez to samo zaoszczędza się na pracy jednego pomocnika, co jest

ważne szczególnie w mniejszych szpitalach z małym etatem obsługi, 2) łatwo daje się nakładać i zdejmuje przez każdą osobę bez specjalnego przygotowania, 3) zajmuje mało miejsca i nie przeszkadza operującym, usypiającemu i widzom, 4) jest trwały i nie wymaga częstych napraw.

---

## Kilka uwag o patogenezie oraz obrazie klinicznym torbeli zębowych szczęki górnej.

podał: Dr. K. GAŁDYŃSKI — Poznań.

(Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Sekcji Oto-rhino-laryng. poznańskiej z dnia 10-go maja 1927 r.).

Torbiele zębowe szczęki górnej i ich stosunek do cierpień zatoki Highmora nie przestaje interesować rhinologów. Na pierwszorzędne wprost znaczenie tych nowotworów kości szczękowej dla rhinologji wskazują prace *Pertsch-Kuhnta* (1892), *Grunwalda* (1896), a zwłaszcza *Gerbera* (1904). Biorąc patogenezę torbieli kości szczękowej za podstawę można je, mimo ich identycznych klinicznych objawów, dzielić na dwie kategorje, mianowicie:

1) na torbiele pochodzenia *zapalnego* korzeni zębów (Wurzelcysten niemieckich autorów),

2) na torbiele *pęcherzykowe* polegające na zaburzeniu rozwojowem zawiązka zębowego (follikulare Cysten niemieckich autorów).

Pierwsza kategorja, tłumaczy *Magitot*, jest produktem przewlekłego zapalenia okostnej zębodołu, które to zapalenie prowadzi do wytworzenia się ziarniny korzeniowej, z tej znowu powstaje torbiel drogą resorbcji istoty kostnej, a później wakuolizacji ośrodka ziarninowego. Druga kategorja czyli t. zw. torbiele pęcherzykowe, są zjawiskiem rzadziej napotykanem. Geneza tego typu powstaje na tle zaburzeń rozwoju brodawek zębowych i przedstawia się w ten sposób, że w worku torbielowym często znaleść można ząb lub zęby, których korzenie są umiejscowione w ścianie torbielowej. Pierwsza i druga kategorja jest otoczona warstwą zbitą włóknistą, która posiada nabłonek płaski, pochodzący z ektodermalnej listewski szkliwa, jak to udowodnił *Malassez*. Autor ten utrzymuje, że wszystkie torbiele są wspólnego pochodzenia, gdyż budowa ich histologiczna jest podobna.

Co do objawów klinicznych to rozpoznanie torbieli szczęki górnej jest naogół łatwem. Można się streścić, podając kilka uwag różniczkowo-rozpoznawczych między ropniem zatoki Highmora, a torbielą.

A mianowicie: 1) Wypuklenie z chełbotaniem ściany kostnej w okolicy fossa canina razem z charakterystycznym trzeszczeniem pergaminu jest objawem prawie że specyficznym dla torbieli. W tej okolicy też następuje przeważnie spontaniczna perforacja torbieli. *Przetoka* opisanej okolicy jest prawie zawsze powodowana przez torbiel; objaw ten nigdy nie napotykamy przy zwykłych ropniach zatoki Highmora. Wypuklenie razem z chełbotaniem również nastąpić może w przewodzie dolnym nosa tuż pod muszlą dolną (Gerberscher Wulst) lub na zewnętrznej ścianie dolnego przewodu nosowego, objaw spotykany przez *Oppikofera*, albo na twardem podniebieniu z wypukleniem do jamy ustnej.

2) Wyniki polegające na badaniu chemicznem zawartości płynu cysty, a mianowicie na zawartości cholesteryny, są niepewne.

3) Rozpoznanie mikroskopowe dające naogół nabłonek płaski przy torbielach, nabłonek zaś migawkowy przy ropniach zatoki Highmora jest często wątpliwem.

4) Zdjęcie rontgenowskie w wątpliwych wypadkach uzupełnić może rozpoznanie kliniczne, zwłaszcza przy kontrastowem wypełnieniu jamy górno-szczękowej lipiodolem sposobem podanym przez *Dobrzańskiego*.

Małe torbiele nie powodujące żadnego wypuklenia ściany zewnętrznej mogą, rzecz prosta, pozostać bez rozpoznania. Na ciekawy objaw, częściej napotykany, zwraca *Hajek* uwagę, mianowicie: cysty przebijające się do zatoki Highmora powodują również wypuklenie ściany zewnętrznej okolicy fossa canina. Na wypuklenie więc z ewentualnem chełbotaniem należy kłaść główny nacisk, ponieważ ten objaw jest specyficznym i ostatecznie decydującym w rozpoznaniu.

Terapja torbieli kości szczękowych jest wybitnie chirurgiczna. Zabiegi interwencji chirurgicznej dzielą się na dwie metody: pierwszą jest metodą *Partscha*, druga jest metodą zwykle stosowaną przy radykalnych zabiegach ropni zatoki Highmora, a więc będzie to: *Luc-Caldwell, Denker* lub *Cenfield-Sturman* Ostatnia metoda jest niesłusznie przez większą ilość rhynologów potępiana, ponieważ daje te same rezultaty co *Luc-Caldwell*, a nawet *Denker*. Dla pacjenta samego stanowi metoda *Canfield-Sturmana* traumę chirurgiczną o wiele mniejszą, a chroni go od ewtl. następstw naszych

zabiegów operacyjnych. Metoda *Partscha* bywa zwykle stosowana przez odontologów i daje rokowanie dobre tylko przy mniejszych torbielach kości szczękowej; przy większych rokowanie jest wątpliwem; przy torbielach zropiałych, przebijających się do zatoki Highmora nie ma racji zastosowania. Metoda typu radykalnego zwykle stosowana przez rhinologów daje bez kwestji najlepsze rokowanie i zawsze bywa uwieńczona skutkiem pomyślnym.

---

Z Kliniki Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie.
Kierownik prof. Dr. *J. Szmurło*.

Dr. BENEDYKT DYLEWSKI ml. asystent Kliniki.

## Dłótko ulepszone do operacyj w głębi wyrostka sutkowego.

Operacje na wyrostku sutkowym są nierzadko bardzo utrudnione z powodu małego terenu operacyjnego i bezpośredniego sąsiedztwa tak ważnych tkanek i narządów, jak opona twarda, zatoka poprzeczna, błędnik i nerw twarzowy, których uszkodzenie może pociągnąć ze sobą groźne następstwa. Często spotykane nieprawidłowe położenie zatoki (przodująca), jeszcze bardziej utrudnia i przedłuża operację.

W obawie przed zranieniem tych tkanek i narządów zwykle operujemy około nich z wielką ostrożnością, bardzo powoli zdłótowując kość stopniowo drobnemi kawałeczkami, by nie uszkodzić np. zatoki, lub opony po niespodziewanem, raptownem przebiciu ostatniej cienkiej warstwy kości, lub wrazie ześliźnięcia się dłótka. Aby uniknąć tego uszkodzenia każdy operator ma swój wyrobiony sposób trzymania dłótka z oparciem palcami, lub częścią dłoni o głowę chorego, by się uchronić przed ewentualnością przypadkowego odbicia odrazu większego kawałka kości, lub nagłego przebicia warstwy



Rys. 1.

kostnej, oddzielającej dłótko od opony lub zatoki. Dlatego też w takich momentach nie używa się bardzo małego dłóta, bo ono po raptownem przebiciu kości w całości z impetem wchodzi do otworu, raniąc tkanki na znacznej przestrzeni.

Dla ułatwienia operacji i zmiejszenia możliwości zranienia ważnych części zmieniłem nieco zakończenie dłótka, które obecnie w opisanych wyżej momentach operacji używa się w Klinice Otolaryngologicznej U. S. B. w Wilnie.

Jak widzimy ostrze dłótka jest zmniejszone i wysuwa się w postaci dzioba długości 2-4 mm. Przy ukośnem, jak podczas dłótowania ustawieniu dłótka zagłębia się ono w kość tylko na 1—1½ mm., gdyż posuwać się dalej przeszkadza mu spiłowane na tępo części dłutka z boków i nieco z tyłu ostrego dziobka. W ten sposób dłótkiem tem można odbić kawałek kości grubości nie większej niż 1—1½ mm. i wyłącza się zupełnie możliwość przejścia dłóta przez zrobiony przez nie otwór. Można mieć parę takich dłótek o różnej długości dziobka. Każde dłóto żłobkowane może być przez zwykłego ślusarza w taki sposób zmienione.


Rys. 2.

Dla zbicia ostrogi nad nerwem twarzowym uważałbym za dogodne dłótko płaskie, wprowadzone w naszej Klinice do usuwania kostnej części przegrody nosa w formie, która podczas operacji na przegrodzie zabezpiecza śluzówkę jej od zranienia, a podczas zbijania ostrogi nie dopuszcza ostrza dłótka do zetknięcia się z nerwem twarzowym.

---

## Nowy wykres mechanizmu mowy i pisania.

podał

Dr. ADOLF SCHWARZBART (Kraków).

Wykres mowy *Wernickego* i *Lichtheima* stanowi podziśdzień pedagogiczny środek pomocniczy dla zobrazowania zjawiska mowy i jego zaburzeń pod względem neurologicznym. Dalszemi środkami w tym sensie są różnorodne rysunki mózgu Villigera i Fröschelsa. Spotykamy je w podręcznikach logopedii i w wydawnictwach fachowych najświeższej daty. Środki te są niewątpliwie znacznem ułatwieniem w uporządkowaniu dotyczących zjawisk, pomimo to jednak okazują się one już dziś po części niewystarczającemi dla objaśnienia

bardziej powikłanych zjawisk klinicznych odnośnej dziedziny, po części zaś są one same zbyt mało proste i w swoim obojnaczym charakterze pomiędzy schematem, a szkicem anatomo-topograficznym za mało przejrzyste. Stwierdzenie takie nie umniejsza bynajmniej wartości i postępu, tkwiącego w tych środkach pomocniczych, podanych przez znakomitych badaczy. W poszukiwaniu za innem rozwiązaniem zagadnienia doszedłem z czasem do wykresu (tablica I) w którym starałem się obok uwzględnienia nowoczesnych punktów widzenia analizy mowy i symptomatologji jej zaburzeń skupić dodatnie strony wszystkich wspomnianych wykresów unikając ich stron ujemnych. Specyficzny układ linji umożliwia w moim wykresie w każdym wypadku łatwy przegląd i orjentację w skomplikowanym procesie mowy i pisania i ich zaburzeń obok zachowania możliwej prostoty i symetrji konstrukcji i przy ominięciu linij krzywych i mylących skrzyżowań. Nowością w tym wykresie jest uwzględnienie 1) ośrodka wzroku (0) i pamięci wzrokowej ($0^1$), 2) ośrodka woli mówienia (V, Sprechwille), i 3) ośrodka i dróg pamięci ruchów i położenia (kinästhetische Erinnerung). Również uwzględnione jest wzajemne oddziaływanie na siebie 0 i $0^1$ jakoteż T i M t. j. pamięci kinestetycznej i unerwienia mięśni mowy i pisania.

Obok zasadniczego wykresu używam „wykresu uproszczonego" (Tablica II, fig. 1), nadającego się jako pieczątka do notowania spostrzeżeń klinicznych. Zastosowanie wykresu ilustruje kilka przykładów (Tablica II, III i IV).

---

## OCENY.

*G. Portmann* et *H Retrouvey.* Cancer du nez, des fosses nasales, des cavites accessoires et du naso-pharynx. Paris 1927.

Duża praca, obejmująca 973 stronice druku, podzielona jest na szereg działów, w których autorzy dają nam całkowity obraz raka nosa zewnętrznego, jam nosowych, zatok bocznych, wreszcie raka jamy nosowogardłowej.

W dziele tem znajdujemy nietylko wyczerpujące dane z piśmiennictwa, lecz również dużo własnych spostrzeżeń autorów, co pozbawia je suchości podręcznika i pozwala czytelnikowi łatwiej zwrócić uwagę na pewne szczegóły i zapamiętać je.

Symptomatologja oraz strona anatomo-patologiczna cierpienia jest dokładnie opracowana w każdym z działów. Znajdujemy tam opisy, ilustrowane rysunkami, budowy rozmaitych postaci raka i nowotworów łącznotkankowych.

## Objaśnienie do wykresu mechanizmu mowy.

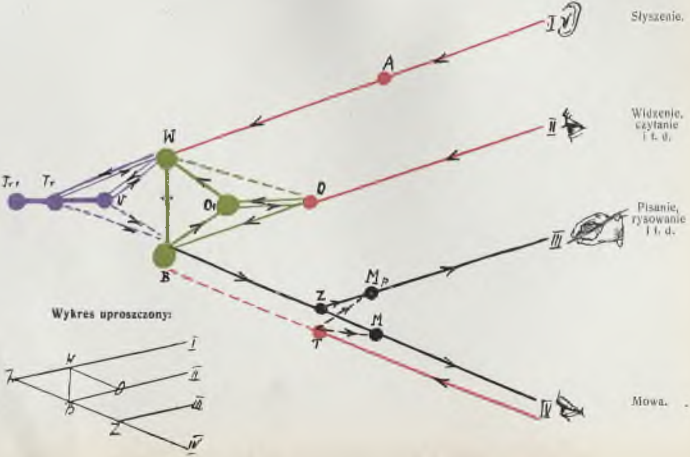
Tr: ośrodek uwagi, koncentracji, pamięci, pojmowania w stosunku do mowy
$Tr_1$ „ inteligencji
V ośrodek woli mówienia
W „ Wernickego: lewy płat skroniowy (zwój górny)
B „ Broca: „ „ czołowy (zwój dolny)
O „ wzrokowy: płat potyliczny (cuneus)
$O_1$ „ pamięci wzrokowej
A jądro nerwu słuchowego
M [i Mp] jądro nerwów mięśni mowy (i pisania): pons, ventriculus IV, fossa rhomboidea
T czucie kinestetyczne, pamięć położenia mięśni mowy [i pisania]: gyrus postcentralis
Z impuls korowy dla mięśni mowy (gyrus praecentralis)
Z-M (i Z-Mp): drogi podkorowe do nerwów ruchowych: capsula interna, pedunculi cerebri, drogi piramidowe

Oznaczenie barw: dróg transkortikalne, dr. asociatywne, dr do-środkowe, dr. motoryczne.

TABLICA I.

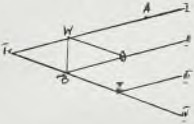
## Wykres mechanizmu mowy i pisania.

podał Dr. A. SCHWARZBART (Kraków).



## TABLICA II.

Fig. 1.



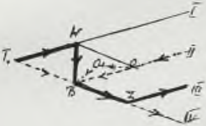
Wykres mowy uproszczony

Fig. 2.



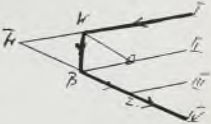
Rozumienie mowy I—W—Tr.

Fig. 3.



Pisanie spontaniczne Tr. [—W]—B—Z—III.
Kontrola wzroku: II—O [—O1]—B.
Towarzyszący pisaniu ruch warg: Z—IV.

Fig. 4.



Echolalia: I—W—B—IV

## TABLICA III.

Fig. 1.



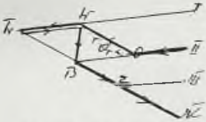
Mowa spontaniczna: Tr.—W—B—IV.

Fig. 2.



Ciche czytanie: II—O (—Or)—W—Tr.
Towarzyszące poruszanie warg:
O—B—IV.

Fig. 3.



Głośne rozumne czytanie:
II—O (—Or)—W—Tr+Tr—W—B—IV

Fig. 4.



Rozumne powtarzanie:
I—Tr+Tr—W—B—IV.

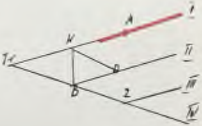
**TABLICA IV**: miejsce defektu oznaczone czerwono.

Fig. 1.



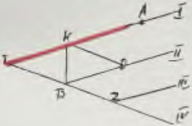
Głuchoniemota czynnościowa (Seelentaubheit). Defekt w jądrze n. acusticus (A).

Fig. 2.



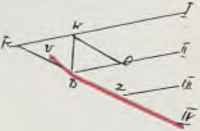
Głuchoniemota: Defekt między I. a W.

Fig. 3.



Niemota słuchowa sensoryczna: Defekt dośrodkowo od A aż do ośrodków transkortikalnych włącznie.

Fig. 4.



Niemota słuchowa motoryczna: Defekt od V (ośrodka woli mówienia) włącznie aż do M.

W dziale symptomatologji zasługuje na uwagę podział objawów zależnie od umiejscowienia guza w tym lub innym odcinku nosa.

Dużo uwagi autorzy poświęcają sprawie rozpoznania, omawiając szczegółowo kliniczne postaci rozmaitych cierpień, które należy wyłączyć, by móc klinicznie rozpoznać nowotwór. O charakterze nowotworu decyduje zwykle badanie drobnowidowe, jednakże i strona kliniczna nie pozbawiona tu jest znaczenia. Dział ten w podręcznikach tak często traktowany bywa dość pobieżnie, że poświęcenie mu przez autorów więcej uwagi, należy z uznaniem podkreślić.

Rozpoznanie za pomocą roentgenografji jest szeroko uwzględnione, przyczem na jeden szczegół uważam za właściwe również zwrócić uwagę, mianowicie na to, iż omawiając sprawę radjografji, autorzy mówią o nadzwyczajnej wyrazistości zdjęć czaszki w pozycji submento-occipitalis.

Obszerne i dobrze opracowane są działy, traktujące o leczeniu raka. Szczegółowo omawiane są najrozmaitsze metody leczenia. Szkoda jednak, iż tylko operacje Moure'a i Sebileau'a przedstawiono w rysunkach. Zobrazowanie i innych metod operacyjnych, stosowanych w leczeniu raka nosa dałoby wrażenie zakończonej całości.

*T. Wąsowski.*

*Moure, Liébault, Canuyt.* Technique chirurgicale Oto-Rhino-Laryngologique. Arriere-Gorge et Pharynx. Paris 1928.

Po krótkiem omówieniu metod badania gardła, sposobów leczenia niechirurgicznych, metod znieczulenia gardła, jak również znieczulenia ogólnego, w szeregu krótkich rozdziałów autorzy przedstawiają najbardziej typowe zabiegi operacyjne stosowane w leczeniu cierpień gardła.

Obok zwięzłych i krótkich opisów znajdujemy bardzo dużo rysunków, ilustrujących każdy ważniejszy moment tego lub innego zabiegu. Rysunki wyraźne — doskonale przedstawiają w schemacie każdy zabieg.

Prócz tego w każdym rozdziale pokrótce uwzględnione są wskazania i przeciwwskazania do tego lub innego zabiegu operacyjnego, powikłania podczas i po operacji, okres pooperacyjny. Przed każdym zabiegiem podany jest krótki spis niezbędnych narzędzi.

Dzieło dla otolaryngologów przedstawia wysoką wartość pedagogiczną, prowadzi ich wprost za rękę przez trudności techniczne, objaśniając każdy zabieg w sposób jasny i przejrzysty. Powinno się znaleść w bibljotece każdego specjalisty a nawet chirurga ogólnego.

*T. Wąsowski.*

*G. Alexander.* Die Ohrenkrankheiten im Kindesalter mit Einschluss der Grenzgebiete (Choroby uszu w wieku dziecięcym). 2-gie wydanie z 9 tabl. i 106 fig. w tekście. Lipsk. Nakł. F. C. Vogla. 1927.

Od pierwszego wydania tej znakomitej w treści i układzie książki upłynęło 15 lat. Ten odstęp, to zjawisko dość rzadkie w ruchu wydawniczym podręcznikowym niemieckim. Wskazuje on dobitnie,

że świat lekarski wraz z pediatrami i otologami nie zdaje sobie jeszcze należytej sprawy z specyficznej przyrody patologji i lecznictwa otiatrji dziecięcej. Zagłębienie się w tej książce przekona każdego o niesłuszności tego poglądu. Na każdej stronie znajdzie tam czytelnik interesujące wiadomości nie spotykane w otiatrji ogólnej, a posiadające pierwszorzędne znaczenie w otiatrji dzieci. Na 400 stronicach bardzo dużego formatu, przy licznych odstępach drobnym drukiem, omówiony jest wyczerpująco materjał bardzo rozległy. Wszędzie znać dążenie do maksymalnej zwięzłości stylu, czego dowodem i to, że mimo licznych uzupełnień w stos. do I-go wydania książka ta ma od pierwszej o 4 arkusze mniejszą pojemność. Zmiany dotyczą głównie otitis interna, w szczególności badania czynności ślimaka i błędnika dziecinnego, stosunku konstytucji do schorzeń ucha, dalej głuchoniemoty i pedagogji dzieci niedosłyszących. Nowymi są rozdziały o wrodzonych anomaljach błony bębenkowej, otitis latens, mastoidismus, otitis interna vasomotoria i t. d. Ryciny są jedna w drugą ostatnim wyrazem techniki reprodukcyjnej i doskonale objaśnione. Każdy ustęp książki jest zaopatrzony w nader szczegółową bibljografję. W całości znać lwi pazur klasyka kliniki i anatomji ucha. Książki tej nie powinno zbraknąć jako stałego poradnika i zawsze zajmującej lektury u żadnego otologa i pedjatry, ani w żadnej bibljotece lekarskiej.

Dr. *A. Schwarzbart* (Kraków).

---

## Polskie Towarzystwo Oto-laryngologiczne.

**Posiedzenie naukowe dn. 25.XI. 26 r.**

1) *Kmita* — przedstawił chorego z raną postrzałową małżowiny usznej w okolicy antihelix, która początkowo przez obecnego przy pojedynku lekarza została przyjęta za zadraśnięcie kulą pistoletową. Dopiero po dziesięciu dniach, gdy wystąpiły na szyi objawy miejscowe i ciepłota się podniosła, chory został przez kol. K. operowany. Okazało się, że ranka na małżowinie była miejscem wejścia kuli, która się przesunęła wzdłuż małżowiny między jej powierzchniami i znalazła się pod podstawą czaszki tuż przed dużemi naczyniami jak stwierdzono przy operacji, a uprzednio na rentgenogramie.

Kol. Kmita demonstruje kulę i rentgenogram.

**D y s k u s j a.**

*Chorążycki* — opowiada o przypadku, w którym kula karabinowa przeszyła przewód słuchowy zewnętrzny i utkwiła w jamie sutkowej, co zostało stwierdzone dopiero przy operacji, gdyż na rentgenogramie kula nie uwydatniła się.

*Pęski* — opowiada o przypadku, w którym obrzęk za prawym uchem w postaci kaszaka zawierał kulę, która leżała tam dwa lata. Otwór wejściowy postrzału był podobno po stronie lewej.

*Kenigstein* — nie wyklucza, że w przypadku Pęskiego kula mogła przejść przez mózg.

2) *Kenigstein* — przedstawił 3 letnie dziecko po operacji na wyrostku sutkowym, która została wykonana przez niego z powodu wyraźnego chełbotania za uchem, zwężenia światła przewodu zewnętrznego, niewielkiej ziarniny na zewnętrznej ścianie przewodu i śladów śluzo-ropnej wydzieliny. K. podejrzewał

sprawę kiłową ucha środkowego, mniej pewny był co do zmian na podniebieniu twardem, na którem z obu stron wzdłuż wyrostka zębodołowego widać było nacieki z owrzodzeniami oraz obfite krwawienie z dziąseł, również nacieczonych, i kiwające się zęby trzonowe. Wasserman ujemny. Z wywiadów nic pewnego dowiedzieć się nie można było. Od sześciu miesięcy, według słów matki, dziecko narzekało na ból za uchem. Jednocześnie matka zauważyła, że dziecko bardzo się ślini. Przy operacji K. po przecięciu wygórowania za uchem natrafił na żółtą miękką masę podobną do tłuszczu, na całkowity brak łuski kości skroniowej, kostnego przewodu słuchowego oraz wyrostka sutkowego. Zostały usunięte cztery zęby trzonowe, przyczem stwierdzono znaczny ubytek kostnej tkanki wyrostka zębodołowego. Gdy rana pooperacyjna nie goiła się, zastosowano wcierania szaruchy i preparat Eparseno domięśniowo i po dwóch tygodniach rana już dobrze granulowała i w głębi rozszerzonego przewodu tu i owdzie stwierdzić można było trochę ziarniny. Po 22 dniach rana za uchem zagoiła się, podniebienie wróciło do stanu normalnego i dziecko, które w ciągu kilku tygodni było tak wycieńczone i nędzne, że o własnych siłach chodzić nie mogło, nie miało żadnego łaknienia, rozkwitło i poprawiło się nie do poznania. W tym wypadku, kończy K., rozpoznanie zostało postawione „ex juvantibus", przypadek zaś należy do rzadkości i dlatego demonstracja jest usprawiedliwiona.

**Dyskusja.**

*Chorążycki* — obserwował demonstrowane przez K. dziecko parę tygodni przed operacją i był pewny, że ma doczynienia ze sprawą kiłową, o czem zresztą uprzedzał kol. K. i to na zasadzie własnego doświadczenia, gdyż również kiedyś doznał zawodu operując wyrostek sutkowy w podobnych okolicznościach. Podczas operacji spostrzegł dopiero drugi gummat na owłosionej części główki. W przypadku K-a, Chorążycki nie widział wygórowania za uchem i żadnej wydzieliny w przewodzie, który był zupełnie zamknięty przez uciskający z tyłu gummat. Palcem dobrze można było wyczuć ubytek kości w postaci krateru, ale pokrowy zewnętrzne były nietknięte i nie miało się wrażenia chełbotania tylko jakby ubytek kości był wypełniony miękką masą. Opiekun dziecka (matki nie było) wyraźnie mówił, że dziecko nigdy na ucho nie chorowało. Na żądanie Ch. było zrobione zdjęcie rentg. i przeprowadzono Wassermana. W. był ujemny, ale zdjęcie rentg. było pouczające, gdyż widać było ubytek kości o ściśle określonych granicach. Wierzchołek wyrostka był nietknięty. Będąc pewnym, że wyrostek jest wyżarty przez gummat, Ch. kategorycznie odmówił operacji i skierował dziecko na oddział dr. Lublinera celem przeprowadzenia leczenia specyficznego.

*Kenigstein* — (w ostatniem słowie) stwierdza, że zupełnie pewnym rozpoznania na samym początku nie był, aczkolwiek podejrzewał sprawę przymiotową; upewnił się jednak dopiero wtedy, gdy „ex juwantibus" leczenie przeciwprzymiotowe dało pomyślny wynik.

3) *Zamenhof* — a) przedstawia chorego Gr. u którego przed 7 miesiącami stwierdził za pomocą palpacji niewielkie stwardnienie dolnego bieguna lewego migdałka i przylegającej części nasady języka, jednocześnie też powiększony gruczoł podżuchwowy wielkości fasoli po tejże stronie. Próbna ekscyzja z migdałka potwierdziła przypuszczenie Z., że się ma do czynienia z rakiem. Leczenie rontgenem nie dało wyników dodatnich, aplikacja zewnętrzna radu również nie wiele pomogła: gruczoł na szyi wprawdzie znikł, natomiast na języku stwierdza się drugie głębokie owrzodzenie.

b) chory lat 19 zauważył, że od kilku miesięcy coraz więcej występuje mu nazewnątrz chrząstka tarczowa, widzi chorego poraz pierwszy. Chrząstka tarczowa budowy mniej więcej normalnej nachylona jest znacznie ku przodowi swym górnym biegunem, biegun dolny trochę cofnięty w tył. Głos chorego nie zmieniony, struny głosowe zgrubiałe i przy fonacji zachodzą na siebie, prawdopodobnie na skutek niedowładu mięśnia pierścieniowo-tarczowego. Z wywiadów nic można stwierdzić co by mogło wyjaśnić etjologję.

a) *Kenigstein* — proponuje leczenie antiluetyczne na wszelki wypadek, gdyż nawet drobnowidzowo stwierdzone raki nieraz znikają po zastosowaniu rtęci i jodku potasu.

*Pęski* — Antiluetyczna kuracja w przypadkach nowotworów złośliwych w początku daje pewną ulgę gdyż zmniejsza się obrzęk i stan zapalny.

*Kmita* — nie należy w podobnych wypadkach zrzec się operacji. Dopiero po doszczętnym usunięciu nowotworu i gruczołów członnych warto zastosować leczenie radem.

*Pęski* — Operacja w podobnych przypadkach nigdy nie daje dobrego wyniku.

b) *Lubliner* — zastanawia się nad tem czy niema w tym wypadku luksacji chrząstek. Rontgen mógłby sprawę wyjaśnić.

4) *Chorążycki* — przedstawia 24 letnią dziewczynę po doszczętnej operacji lewej jamy szczękowej z powodu przewlekłego ropienia. Przegroda nosowa jest skrzywiona wskutek czego lewa połowa jamy nosowej jest znacznie zwężona. Przed doszczętną operacją Ch. usunął kleszczykami Jansena kawałek małżowiny środkowej i chora tuż wysiąknęła nos. Nagle wystąpiła rozedma powiek po tejże stronie i nazajutrz można było stwierdzić znaczny wytrzeszcz lewego oka z ograniczeniem ruchów gałki ocznej (rozedma tkanki pozagałkowej). Ciepłota się podniosła do 37,5. Pod opatrunkiem uciskającym rozedma w ciągu tygodnia przeszła i Ch. postanowił nie zwlekać z doszczętną operacją jamy szczękowej w obawie powtórzenia się rozedmy i ew. zainfekowania tkanek dotkniętych rozedmą. Obecnie lewa połowa jamy nosowej nieco się rozszerzyła i można by nawet przez otwór przyrodzony w środkowym przewodzie nosowym przedostać się do jamy szczękowej. Ch. tylko przez ten otwór przepłukuje jamę szczękową i od lat kilkunastu zupełnie zarzucił punkcję przez przewód dolny (met. Krause-Mikulicza) hołdując zasadom Gerbera, podług którego terapja powinna korzystać przedewszystkiem z dróg przyrodzonych. Ch. nie sądzi żeby można było wyleczyć przewlekłe ropienie przy pomocy przepłukiwań i stosuje je prawie wyłącznie dla celów rozpoznawczych.

**Dyskusja:**

*Kenigstein*—nie podziela optymizmu kol. Ch. co do łatwości przemywania zatoki szczękowej przez otwór naturalny. Udaje się to w bardzo nikłej odsetce przypadków i nie zawsze ma się pewność, że się weszło do zatoki. Dlatego też K. przeważnie robi nakłucie próbne przez dolny przewód nosowy lub rzadziej przez środkowy. Przypadek emfizematu podskórnego należy do rzadkości, aczkolwiek zdarzyć się może przy pewnych warunkach anatomicznych. Chorą badał również i K., który stwierdził zapalenie ropne wszystkich zatok obocznych (Pansinusitis).

*Lubliner* — opowiada o przypadku, w którym bezposrednio po sondowaniu kanału łzowego wystąpił emphysemat.

*Chorążycki* — kilkanaście lat interweniowałem przez przewód dolny. Sądziłem, że stoję na wysokości. Z chwilą jakem zaczął stosować przemywania przez otwór przyrodzony, cały mój arsenał troakarów Krausego, Mikulicza etc. stoi nietknięty. Metoda Gerbera nigdy nie zawiodła. Przeciwnie, nieraz po doszczętnych operacjach Caldwell-Luca przedostawałem się przez otwór przyrodzony do jamy szczękowej i wypłukiwałem ropę. Pewnego razu miałem nawet wrażenie, że operator przy doszczętnej operacji albo wcale się do jamy nie przedostał albo jama się składała z przedniej i tylnej części. Do tej ostatniej właśnie systematycznie przez otwór przyrodzony wprowadzałem zgięty pod ostrym kątem kateter i wypłukiwałem ropę.

*Kmita*—zwykle łamie ścianę nosową jamy szczękowej pod małżowiną dolną aby stworzyć otwór na czas dłuższy, i często po kilku lub kilkunastu przemywaniach sprawa zapalna, nawet przewlekła, ustępuje. Taka łatwość wyleczenia zależy od nieznacznych zmian anatomicznych w błonie śluzowej, co do stanu której przed operacją nigdy należytego pojęcia nie mamy.

*Chorążycki* — każdy jest szczęśliwy ze swoją metodą. Łatwość wyleczenia zależy niewątpliwie od stanu błony śluzowej jamy szczękowej. Ale często miewam wrażenie, że w przypadkach, w których jedno przepłukiwanie nie likwiduje sprawy, cały szereg przepłukiwań również do celu nie prowadzi. Co do otworów

sztucznych w przewodzie dolnym, to w każdym razie po interwencjach wewnątrznosowych zarastają one prędzej niż po operacji doszczętnej.

5) *Gottfryd* — przedstawił 5-cio miesięczne dziecko, które przed 10-ciu dniami połknęło monetę dwugroszową. Moneta nie sprawiała dziecku żadnej dolegliwości. Zdjęcie rentg. wykazało obecność monety w przełyku na wysokości obojczyka W narkozie przeprowadzono wązką rurkę oesophagoskopu aż do żołądka, nazajutrz po sprawdzeniu rentgenem moneta okazała się na tem samem miejscu. Dopiero powtórna oesophagoskopia rurką szerszą posunęła ją do żołądka, skąd per vias naturales po dwóch dniach wyszła ze stolcem.

Przypadek zasługuje na uwagę: 1) jako ciało obce u tak małego dziecka, 2) że nawet u tak małych dzieci trzeba brać szersze rurki oesophagoskopowe.

### Dyskusja.

*Pieniążek*—coś podobnego zdarza się tam, gdzie ciało obce siedzi wysoko. Należy ostrożnie wyciągać już wprowadzony oesophagoskop, wtedy można natrafić na ciało obce, którego się wpierw nie spostrzegło. Należy uśpić dziecko tak, żeby nie było skurczu wejścia do przełuku (ust przełykowych).

*Hellin*—opowiada o następującym przypadku: 5-cio letnie dziecko połknęło monetę, która 8 dni leżała w żołądku stale na jednem miejscu. Wtedy zdecydowano się usunąć ją przy pomocy laparatomji i gasrotomji, co się też łatwo udało. Operacji dokonał prof Radliński.

6) *Pęski* — referuje przypadek nowotworu w okolicy przysadki mózgowej operowany i leczony przez niego radem.

Przypadek zasługuje na uwagę: 1) ze względu na rzadkość podobnych przypadków, 2) ze względu na dokonaną operację otwarcia zatoki klinowej. Operacja została podzielona na dwie części. Podobny podział zabiegu ma tę zaletę, że: a) unika się większego krwawienia, b) robi się pod kontrolą oka, szczególnie drugi etap, c) chora lekko zniosła zabieg, d) zabieg technicznie nie skomplikowany. 3) stosowanie radu w danym przypadku, bez względu na charakter nowotworu, dało dobry wynik (szereg przypadków w litaraturze: Klaus etc.). 4) operacje na przysadce, które prawie zawsze się kończą zejściem śmiertelnem, mogą być w zupełności zastąpione szerokiem otwarciem zatoki klinowej i stosowaniem radu.

Referat będzie wydrukowany w Polskim Przeglądzie Oto laryngologicznym.

### Dyskusja.

*Karbowski* — zwraca uwagę na trudności w rozpoznaniu nowotworów przysadki wówczas gdy jedynym przedmiotowym objawem są bądź to zmiany na dnie oczu bądź też zaburzenia wzrokowe. Różniczkowe rozpoznanie między nowotworem, a surowiczem zapaleniem opon napotyka na duże trudności. Rentgenologicznie stwierdzone pogłębienie siodła tureckiego nie decyduje jeszcze o rozpoznaniu, albowiem wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe trwające kilka miesięcy może nam dać zmiany w kości czaszki. K. zakładał rad do zatoki klinowej w 2 przypadkach nowotworów przysadki na oddziale D-ra Flataua. W obydwu przypadkach rozpoznanie nie ulegało wątpliwości. Zabieg operacyjny K. wykonał na jednem posiedzeniu. Igła radowa rentgenologicznie skontrolowana znajdowała się tuż pod siodłem tureckiem. W obydwu przypadkach była chwilowa poprawa W jednym przypadku nastąpiła martwica okolicy siodła (Spaetnekrose), jednym objawem której była liquorrhoea z nosa. Pomimo tej klapy bezpieczeństwa przyłączyły się inne objawy nowotworu mózgu—parapareza. Chory wyjechał na prowincję i zdaje się zmarł.

*Kenigstein* — przypomina metodę stosowaną przez Hallego przy otwieraniu komórek sitowych i zatoki czołowej od strony nosa. Halle robi podśluzową rezekcję przegrody aż do góry, odpycha całą przegrodę na bok by mieć szersze pole operacyjne.

*Pieniążek* — zaznacza, że rezekcja muszli środkowej moze spowodować w następstwie uciążliwy dla pacjenta katar zanikowy nawet z tworzeniem się cuchnących strupów, co spotkał P. przed 10 laty u pacjentki operowanej

z powodu guza przysadki przez Eiselsberga zmodyfikowaną przezeń metodą Schloffera.

Dalej P. wspomina, że operacja guzów przysadki metodą Hirscha przeważnie nie sprowadza powyższych następstw, wymaga jednak opanowania dosyć trudnej techniki i wśród laryngologów polskich została demonstrowana przez ś. p. kol. Litwinowicza, jednak bez pomyślnych wyników, na przedostatnim Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Krakowie.

*Chorążycki* — zapatruje się na rękoczyn wykonany przez kol. Pęskiego jak na wstęp do operacji przysadki mózgowej. Przy wszelkich tak zw. metodach transsfenoidalnych musimy wpierw się dostać do zatoki klinowej. Celem wprowadzenia rurki z radem do tej zatoki, usunięcie przegrody nigdy nie jest wskazane.

Ch obserwował chorą z akromegalją, która została operowaną przez Eiselsberga. Objawów zanikowych nie miała.

*Kmita* — uważa operację dokonaną przez kol. Pęskiego za odbicie przedniej ściany kości klinowej, t. j. za operację stosowaną przy ropnych sprawach kości klinowej, która technicznie jest prostą w przeciwieństwie do operacji przysadki.

7. *Lubliner* komunikuje o 2 bardzo rzadkich przypadkach zatoru zatoki jamistej pochodzenia usznego. Przypadek pierwszy dotyczył mężczyzny lat 38, drugi kobiety lat 26 w 4-m miesiącu ciąży. W obydwu przypadkach była sprawa przewlekła obostrzona, z ciepłotą wyżej 39$^0$ złem samopoczuciem, bólami głowy w okolicy skroniowej (w przyp. I), w okolicy czołowej i ciemieniowej (II przyp.), wymiotami, i oczopląsem w kierunku strony zdrowej i mało bolesnym wyrostkiem sutkowym. Już przed operacją w I przyp. był lekki wytrzeszcz zdrowego oka, w II przyp. lekko zaznaczona sztywność karku i znaczna bolesność w okolicy żyły jarzmowej.

Punkcja lumbalna w drugim przyp. dała 16 neutrefilów w kwadracie. We krwi ustalono 5400 leukoc. Mocz bez białka, urobiligen zwiększony.

Przy operacji w obydwu przypadkach znaleziono cholesteatomat i kość eburneowaną. W II przyp. punkcja zatoki dała krew płynną przy zwiększonem ciśnieniu.

Po operacji w obydwu przypadkach nastąpiło pogorszenie stanu ogólnego przy objawach wytrzeszczu i obrzęku zdrowego oka, wzmożenia się ciepłoty i bólów głowy. W II przyp. już nazajutrz po operacji samoistny abortus.

Zejście śmiertelne w I przyp. nastąpiło w 9 dni po operacji; w II przyp. chora w stanie beznadziejnym została wypisana ze szpitala na żądanie męża.

## Posiedzenie naukowe 30. XII 1926.

*Chorążycki* — pokazał obce ciało usunięte z lewej połowy jamy nosowej u dziewczyny 26-cio letniej, która cierpiała na ropienie cuchnące z tejże połowy nosa i bóle w lewym oku od kilku miesięcy. Na zdjęciu rentg. widać pod małżowiną dolną ciało obce kolczaste i słabe zaciemnienie jamy szczękowej. Sam zabieg usunięcia był dość trudny. Ciało obce Ch. uważa za rynolit, który się utworzył prawdopodobnie naokoło jądra Charakter tego jądra dość trudno ustalić, gdyż jest ono wyżarte i zniekształcone. Najwięcej podobne jest do guzika od bucika dziecięcego. Po usunięciu ciała bóle oka przeszły, ropienie ustało. Co do nawarstwienia wapna naokoło ciała obcego, Ch. tłomaczy je uciskiem na błonę śluzową, która przechodzi pewne zmiany chorobowe powodujące wydzielenie soli wapiennych ze krwi i osiadanie ich na przylegających ściankach ciała obcego.

*Karbowski* — a) Atticoantrotomia: K. przedstawia 3 chorych operowanych przez przewód zewnętrzny. U dwóch ropotok od dzieciństwa i zniszczenie błony. W uchyłku cuchnąca ropa i ziarnina. Obydwa przypadki zakwalifikowane były do operacji doszczętnej. K. operował je przez przewód i w pierwszym przypadku nastąpiło wyleczenie po 6 tygodniach, w drugim po czterech tygodniach, przyczem

uchyłek okazuje się pokrytym normalną nie zbliznowaconą błoną śluzową. Trzeci chory cierpi na szum w uchu prawem, bóle głowy i ropotok skąpy od 2 lat. Błona bębenkowa zachowana, w błonie Schrapnella przedziurawienie, z którego wydobywa się cuchnąca ropa. Badanie rentg. wykazało dużych rozmiarów perlak obejmujący większą część wyrostka sutkowego. Atticoantrotomia przez przewód: odłuszczenie przewodu błoniastego, szerokie otwarcie wyrostka, plastyka. Rana nie zupełnie jeszcze zagojona, gdyż po operacji dopiero 3 tygodnie upłynęło.

*Chorążycki* — uważa że K. usuwa minimalne kawałki kości, zaledwie parę milimetrów długości i grubości. W trzecim przypadku, w którym został odłuszczony ztyłu przewód błoniasty, otwór nie jest większy niż w pierwszych 2 przypadkach. Stacke odłuszcza przewód błoniasty naokoło, wyrywa z łoża, przecina poprzecznie i w ten sposób ma dostęp do pola operacyjnego. Przypadki do operacji przez przewód są dość rzadkie, a że niektóre z nich były wpierw zakwalifikowane do operacji doszczętnej, nie należy to do dodatnich stron operacji Stackego. Zresztą prawidłowo wykonana operacja przez przewód również wymaga 2-miesięcznego leczenia i zawsze jest mniej radykalną i dość niebezpieczną. Leczenie konserwatywne przez przewód, bez dłótka w ręku, również daje świetne wyniki bez narażenia chorego na przykre i nawet niebezpieczne powikłania.

*Pieniążek* — sama natura tak leczy podobne przypadki Operacja przez przewód zewnętrzny jest niewątpliwie racjonalną.

*Karbowski* — omawia przypadek postępującej głuchoty na tle choroby Pageta.

Chory liczy lat 63. Od lat 10 trwa postępujące przytępienie słuchu lewego ucha, od 4 lat przytępienie postępujące pr. ucha. Na lewe ucho chory nie słyszy głośnej mowy, na prawe ucho słyszy szept na ½ mtr. od małżowiny. Badanie stroikami:

pr. a, = — 40
c5 = 0
a, Schwabach = + 10 Rinne — — 10
lew a, = — 60
c5 = 0
Rinne = — 15

K. wyklucza w danym przypadku otosklerozę ze względu na wiek chorego, gdyż pierwsze objawy wystąpiły dopiero w 53 r. życia. Przeciw kile przemawia Wassermann ujemny, formułka akumetryczna i brak danych w wywiadach.

Przy badaniu ogólnem chorego zwraca uwagę kształt bardziej zbliżony do trójkąta: rozmiar obwodu 68 Przy obmacywaniu wyczuwamy nierówności, gdzieniegdzie zagłębienia o odmiennej spoistości tkanki. Przed 10 laty odwód wynosił tylko 54. Roenthen wykazuje zgrubienie wszystkich kości sklepienia i częściowo podstawy czaszki z wybitnem odwapnieniem przerostowej tkanki kostnej. Podobne zmiany należy przypuszczać też w kości skroniowej, szczególnie w kości skalistej, co tłómaczy też w sposób zadawalniający obraz kliniczny i upoważnia do rozpoznania cierpienia Pageta (ostitis fibrosa chronica).

*Hellin* — przypomina, że procesy osteoporozy, osteomalacji i ostitis fibrosa już dawno są opisane przez Recklinghausena i inn. i w ostatnich czasach zwrócono uwagę na zależność tych procesów od narządów wydzielania wewnętrznego.

*Karbowski* — Paget i otoscl. są dwie różne choroby.

## Posiedzenie administracyjne z dnia 28 go maja 1927 roku.

Wybrano na przewodniczących Zjazdu: *Meyersona* i *Zalewskiego*, na sekretarza *Gumińskiego*.

Sprawozdanie sekretarza P. T. O., bibliotekarza.

Sprawozdanie kasjera wywołało dyskusję nad tem, co robić z zalegającemi w opłacie składek za rok i dłużej.

*Schwarsbardt* — jest przeciwny automatycznemu skreślaniu zaległości, gdyż jest to, zdaniem jego, niemoralne i radzi stosować częste przypomnienie.

*Czarnecki* — proponuje jako środek zaradczy wykreślenie z listy członków wszystkich zalegających, gdyż przeważnie zalegają w składkach ci, którzy nie przyjmują w życiu Tow. żadnego udziału.

*Hertz* — zgadza się ze Schwarzbardtem co do potrzeby ciągłego upominania zalegających, a nawet stosowania rat, umożliwiających spłacenie.

*Spiro* — zaznacza, iż można się zgodzić na wykreślenie z listy członków lecz dopiero po uregulowaniu zaległości.

*Meyerson* — podnosi brak etyki u tych, co korzystają z gazety, a nie regulują należności.

*Polański* — proponuje pomieścić w gazecie ostrzeżenie, że w razie niewypłacalności nazwiska zostaną opublikowane; dalej radzi angażować nowych członków wśród specyalistów Kas Chorych na prowincji i usilnie propagować.

Zarząd ukonstytuował się w sposób następujący:

Prezes *Pęski*, wice-prezes I *Laskiewicz*, wice-prezes II *Czarnecki*, sekretarz *Chorążycki*, skarbnik *Gotfryd*.

Komisję Rewizyjną stanowią: *Polański, M. Hertz, Hellin.*

Przyjęto nowych członków: 3 ze Lwowa, 5 z Krakowa, 7 z innych miast.

W sprawie składki na rok bieżący: *Meyerson i M. Hertz* są przeciwni podniesieniu składki ze względu na duże opodatkowanie ogółu lekarzy.

*Laskiewicz* — podnosi konieczność poparcia materjalnego Przeglądu przez kliniki, a nawet zaleca, by koszt druku ponosili autorzy prac.

*Gotfryd* — opierając się na cyfrach, przypomina, że na utrzymanie kwartalnika potrzeba conajmniej składek 150 członków przy dotychczasowej wysokości; ponieważ tej liczby członków niema, należy starać się o ogłoszenia.

*Pieniążek* — radzi stworzyć komisję, zadaniem której byłoby zbieranie ogłoszeń. Obecny moment wydaje mu się odpowiednim.

*Czarnecki* — nadmienia, że Przegląd, wychodząc tak nieregularnie, nie może liczyć na ogłoszenia, gdyż postulatem dających ogłoszenia jest perjodyczność pisma i ilość nakładu.

*Schwarzbart* — pragnąc ożywić dział ogłoszeniowy, zbierał sam, lecz zraził się, gdyż wszyscy ogłaszający potwierdzali słuszność wywodów kol. *Czarneckiego* radzi więc wydać odezwy do sekcyi z prośbą o zbieranie ogłoszeń.

*Spiro* — radzi w razie niedoboru pokryć to drogą dodatkowych składek.

*Meyerson* — uważa to za niewykonalne.

W sprawie przyszłego zjazdu *Spiro* podkreśla konieczność lepszej organizacyi i wymienia braki, jakie rzucają mu się w oczy, mianowicie: ogłoszenie terminu zbyt późno; dalej brak ulg kolejowych, brak kwater, strona towarzyska i t. p.

*Lubliner* — tłumaczy zarząd, nadmieniając to, że pierwotny projekt dotyczył Wilna i był odwołany zbyt późno.

*Pieniążek* — radzi odłożyć debaty nad miejscem zjazdu z powodu braku upoważnienia poszczególnych ośrodków co do ustalenia miejsca.

*Spiro* — uważa, że Wilno jest położone za daleko dla zamiejscowych; dla tego radzi Warszawę.

*Schwarzbart* — radzi Kraków, proponując w ten sposób uczcić pamięć prof. Pieniążka, dalej ma nadzieję ożywić w ten sposób ruch naukowy w naszej specyalności i przyciągnąć klinikę.

*Dylewski* — zaznacza, że aczkolwiek niema on prawa przemawiać imieniem prof. Szmurły, jednakże wie, iż ma on zaproponować Wilno jako miejsce zjazdu.

*Laskiewicz* — twierdzi, iż Kraków w tych warunkach może być brany w rachubę jedynie na końcu.

*Karbowski* — jest zdania, że frekwencya przyjezdnych w każdem innem mieście będzie b. słaba.

*Pieniążek* — uważa, że powstanie naszych placówek naukowych w postaci klinik jest dla nas świętem; wobec tego powinniśmy się udać do Wilna.

Postanowiono przyszły zjazd odbyć w Wilnie na Zielone Świątki.

*Schwarzbart* — proponuje poddać rewizyi słownictwo otolaryngologiczne polskie; słownik jakim się posługujemy jest wydaniem z roku 1905.

*Pieniążek* — cytuje, że aczkolwiek prof. Pieniążek w swych pracach z roku 78,82 uwzględniał czystość terminologii, jednakże późniejsze podręczniki Heimanna i Żebrowskiego nie mogą się tem poszczycić. Nie można jednak zrywać z ogólnie przyjętą nomenklaturą. Radzi zebrać pełne słownictwo polskie obok słownictwa cudzoziemskiego, a zwłaszcza łacińskiego.

## Zjazd Towarzystwa Polskiego Oto-rhino-laryngologicznego.

### Posiedzenie naukowe.

Klinika twardzieli — *Zalewski.*

Twardziel pod względem klinicznym i anatomo patologicznym z uwzględnieniem kresów wschodnich — *Szmurło.*

W sprawie odczynów biologicznych twardzieli — *Laskiewicz.*

Twardziel u dzieci — *Dobrowolski.*

W swym odczycie zaznacza, że nie jest ona tak rzadko występującą postacią nosologiczną, jak się ogólnie przypuszcza. Albowiem, jako bardzo przewlekła forma chorobowa, dająca groźne objawy dopiero po kilku, a nawet kilkunastu latach swego trwania, dopiero wtedy bywa przez nas spostrzeganą.

Zaś pierwsze okresy twardzieli są trudne do rozpoznania. Wielokrotnie zdarza się, że chorzy w wieku lat około 20-tu kategorycznie twierdzą, iż cierpią już kilka lat na objawy, stanowczo zależne od twardzieli.

Objawy te są: chrypka, utrudniony oddech, zatkanie nosa i t. p. Najwięcej spostrzeżeń twardzieli dziecięcej miała klinika lwowska, gdyż na 457 chorych w okresie dziesięcioletnim zebrano tam 13 przypadków twardzieli u dzieci do 10-ciu lat wieku, t. j. $2^{1}/_{2}$% wszystkich chorych. Najmłodszy pacjent miał 8 lat (S. Lehm). W klinice wileńskiej na 11 przypadków twardzieli spostrzegano 1 przypadek twardzieli dziecięcej (Wąsowski). Dobrowolski obserwował trzy notoryczne przypadki u dzieci.

Jeden z nich u 7 letniej dziewczynki potwierdzono obdukcją (Przewoski). W powyższym przypadku twardziel występowała w nosie i krtani, zejście śmiertelne wynikło wskutek zapalenia płuc.

Dwaj pozostali pacjenci z twardzielą w nosie i jamie nosogardłowej byli w wieku 8 i 9 lat.

Rozpoznanie w obu tych przypadkach ustalono przy pomocy badania bakterjologicznego, wykluczenia gruźlicy i przymiotu oraz dłuższej obserwacji pacjentów.

Na podstawie powyższego Dobrowolski stawia wniosek, by zwrócono baczniejszą uwagę na dzieci z tych rodzin i okolic, w których zdarzają się chorzy na twardziel.

A być może, że wcześniejsze stosowanie leczenia, szczególnie promieni Rontgena, które bywają tak pomocne nawet u dorosłych chorych, dałoby nieraz wyleczenie lub osłabienie rozwoju twardzieli.

**Dyskusja:**

*Lubliner* — dowodzi konieczności otoczenia opieką społeczną dotkniętych twardzielą. Popiera myśl zakładania sanatorjów, wysyłania sanatorjów, wysyłania ekspedycji i t. p. Co do leczenia zwraca uwagę na przypadek wyleczenia twardzieli po tyfusie plamistym, opisany przez mówcę. Wiemy, że malarja sztucznie szczepiona leczy sprawy ciężkie i beznadziejne, jak to paraliż postępowy, uważany za sprawę parasyfilityczną. Róża wpływa na zanik nacieków twardzielowych, jak to już kilkatrotnie spostrzegł. Wobec ciężkości i beznadziejności przebiegu twardzieli jesteśmy moralnie upoważnieni do stosowania tych metod leczenia.

*Schwarzbart* — stwierdza, że już w erze przed stosowaniem promieni Rontgena drogą chirurgiczną w klinice prof. Pieniążka uzyskiwano w zaawansowanych przypadkach twardzieli definitywne wyleczenie. W przypadku b. posuniętym, trwającym ad 8 lat, stwierdził mówca cofanie się wyraźne nacieków pod wpływem wśródżylnych wstrzyknięć Tartar. stibiat. i podskórnych szczepionek Rhinosclerini. Po intensywnych naświetlaniach promieniami Rontgena jedynie widywał nieraz obrzęki, potęgujące objawy duszności. Zwykle w odpowiednich przypadkach stosuje zabiegi chirurgiczne, a później naświetla.

*Laskiewicz* — pokazuje fotografję chorego, u którego stwierdzono nacieki twardzielowe w okolicy worka łzowego.

*Chorążycki* — uważa przypadki zajęcia dróg łzowych w twardzieli za dość rzadkie, gdyż ogniska pierwotne i blizny pod małżowiną dolną (w przewodzie) są również rzadkie. Chory, którego mówca obserwował, zdaje się należeć do tych przypadków w których zajęcie dróg łzowych nie było specyficzne.

*Meyerson* — zwraca uwagę na doniosłość zbiorowych badań nad twardzielą dokonanych przez referentów, jako cierpieniem swoistem pewnej części naszego kraju. Już 40 kilka lat temu Stöerck zwrócił uwagę na znaczną liczbę chorych z Galicji, dotkniętych specyficzną chorobą, zajmującą górne odcinki dróg odde-

chowych, aż do okolicy podgłośniowej, którą nazwał Blennorhea Stoerck'a. Dalsze dopiero badania okazały, że przyczyną tego cierpienia jest twardziel. Prace naszych laryngologów z prof. Zalewskim na czele rokują nadzieję, że przedsięwzięta będzie szeroko akcja, dążąca do opanowania tego strasznego cierpienia dla dobra naszego kraju.

W odpowiedzi *Zalewski* podkreśla fakt nie ulegający wątpliwości, że po róży są możliwe objawy cofania się nacieków; podobny przebieg obserwował w jednym przypadku. Naturalnie może tu wpływać jedynie swoistość jadu cyrkulującego, a nie sama cieplota. Doświadczenia bowiem z proteinoterapją i propidonem dały wyniki ujemne. Co do śmiertelności chorych nadmienić trzeba, że twardziel rzadko bywa przyczyną uduszenia się (jak w obserwowanym jedynie przypadku twardzieli tchawicy i oskrzela). Po większej części chorzy mają rozedmę płuc. Natomiast łączności z tbc nie obserwował.

*Laskiewicz* — widział twardziel u suchotnika. Przypadek ten leczono rozszerzaniem. Obserwował dobre wyniki przy zakładaniu kaniuli tchawicowej (z angielskiej tkaniny impregnowej kauczukiem). Łatwo się ona zakłada. Nie przeszkadza naświetlaniu Rontgenem.

O brodawczakach krtani — *Spiro*.

**Dyskusja:**

*Chorążycki* — wskazuje, że budowa histologiczna brodawczaków przypomina epiteliomaty. Stoerck nawet chciał tym wyrazem zastąpić wyraz papilloma. Budowa brodawczaków przypomina również raki smołowcowe, w których są prawdopodobnie warunki fizykalne podobne (do warunków, w których się tworzą papillomaty krtani). Dobre działanie promieni Rontgena na papillomaty również wskazuje na podobieństwo do epiteliomatów. Kto wie, czy i tu, i tam przyczyną nie jest ten sam jad przesączalny, niewidzialny.

*Pieniążek* — komunikuje o obserwowanych przypadkach, w tem o świeżo ukończonej kuracji b. uporczywej, trwającej z górą 6 lat. Leczenie to polegało na kombinowaniu zabiegów endolaryngealnych z leczeniem internistycznem i rontgenowskiem, które to jednak nie miały żadnego wpływu na zanik brodawczaków, ani nawet na siłę bujania nowotworów. W tym ostatnim kierunku znamienną była koincydencja ze szkarlatyną, po której siła bujania wyraźnie się obniżyła. Tracheotomia jest niezbędną we wszystkich przypadkach niedostępnych do stałej obserwacji, natomiast leczniczego wpływu tracheotomia w przypadkach Pieniążka nie miała, natomiast drażnienie brzegiem kaniuli przy jej wrowadzaniu nie dość szczędzącem prowokuje bujanie brodawczaka w tchawicy. Leczenie endolaryngealne ma wyższość nad laryngofissurą, bo nie grozi uszkodzeniem czynności głosowej krtani.

*Laskiewicz* — podkreśla wielkie znaczenie, jakie odgrywa skaza wysiękowa w klinice brodawczaków; zgadza się z kol. Chorążyckim co do wartości leczniczej jodu, który stosuje zawsze po uprzedniem usunięciu nowotworów (przy zastosowaniu aparatu Haslinger'a) oraz następczem naświetlaniu. Nadmienia o zapomnianej metodzie Pieniążka wdmuchiwania Alumen crud. Celem zabezpieczenia i zapobięgnięcia zrostom przy operacjach w krtani, radzi używać płytkę zaproponowaną przez Haslingera.

*Spiro* — odpowiada, że podawanie jodu wraz z arsenem — w przypadku jego nie dało żadnego wyniku. Również w piśmiennictwie nie znalazł wzmianki o dodatnich wynikach stosowania jodu. Słusznem jest odnieść budowę brodawczaków do nabłonników infekcyjnych. Niekorzystny wynik naświetlań promieniami Rontgena w przypadku Pieniążka nie jest przekonywujący. Możliwe, że naświetlano za krótko, lub zbyt małemi dawkami. Wogóle metoda ta, aczkolwiek dobra, jest trudną w zastosowaniu, gdyż krtań, zwłaszcza u dziecka, silnie reaguje. Leczenie promieniami musi być powierzone doświadczonemu rontgenologowi. W odpowiedzi kol. Laśkiewiczowi podaje, że metoda Haslingera do usuwania zrostów w spoidle przedniem krtani okazała się w praktyce nieodpowiednią, ponieważ zachodzi wielkie niebezpieczeństwo perichondritis thyreoid.

*Spiro* — O wskazaniach do otwarcia wyrostka sutkowego we wczesnych stadjach ostrego zapalenia ucha środkowego.

**W dyskusji:**

*Karbowski* — Wśród biologicznie myślących lekarzy tworzenie szematów w rodzaju — operować wcześnie, operować późno — musi wywołać sprzeciw. Wszelkiego rodzaju szematy przestają być realnemi z chwilą, gdy usilujemy

naszych chorych w te szematy wtłoczyć. Każdy przypadek musi być indywidualnie traktowany. Obraz chorobowy cierpienia usznego, odczyn ustroju na infekcję, jedynie mogą decydować o naszem postępowaniu. Bywają zejścia śmiertelne w przypadkach, w których operacja była wykonana we wczesnym okresie technicznie prawidłowo. Przyczyny niepomyślnie przebiegających przypadków należy szukać: 1) w obniżonej odporności ustroju na dany zarazek; 2) w budowie anatomicznej kości skalistej. Wiadomem jest, że kości skroniowe, o budowie śródkościa dają najczęściej powikłania. Nie jest wykluczone, że technika nasza operacyjna, polegająca jeszcze dotychczas na posiłkowaniu się młotkiem i dłutem, niekiedy może spowodować przedostanie się zarazków do przestrzeni podpajęczynówkowej lub też na drodze naczyniowej do mózgu. Technika nasza obecna będzie prawdopodobnie musiała być zastąpiona przez bardziej udoskonaloną technikę za pomocą trepanu elektrycznego.

*Chorążycki* — twierdzi, że budowa wyrostka jest miarodajną, lecz zdaniem jego nie budowa gąbczasta jest niebezpieczną. Najważniejsze jest ułożenie komórek końcowych, a u dzieci obecność szczelin kostnych. Udział komórek powietrznych ma znaczenie, bo w zależności od niego są różne objawy (tumor retroauricalar, powikłania wewnątrzczaszkowe etc.). Dłutka nie są niebezpieczne przy autrotomji, przeciwnie, trepany elektryczne są narzędziem ryzykownem, co już zostało stwierdzone przez Schwartzego, Koernera i innych.

*Wąsowski* — przypisuje ogromną wartość pomocniczą w wypadkach wątpliwych próbie prof. Zalewskiego oraz badania wzoru krwi. Co do otit. mucosa, to często spotykamy objawy kliniczne, odpowiadające obrazowi klinicznemu tej postaci, a jednak przyczyną cierpienia są inne drobnoustroje. Również i zapalenie ucha wywołane przez strept. mucos. nie zawsze przebiega typowo. Opieranie się jedynie na badaniu ropy w poszczególnych przypadkach nie jest miarodajnem. W przebiegu otitów ma znaczenie nie tylko budowa wyrostka sutkowego (pneum — diploet.) lecz i umiejscowienie i ułożenie komórek w tej lub innej części wyrostka. Co do operowania frezami, to Botey podaje dokładnie tę metodę operacyjną. Dobrą jest ona w rękach doświadczonego operatora i w pewnych przypadkach; jednak szybkość obrotu frezy może zbytnio rozgrzewać tkankę kostną, co może ujemnie wpływać na gojenie się rany.

*Lubliner* — twierdzi, iż sprawa wskazań do operacji t. zw. wczesnej nie da się ująć w pewien szemat; odgrywają tu rolę: konstytucya, zdolność do reakcyi organizmu, rodzaj i złośliwość zarazka. Widywał on bardzo rozległe zniszczenie już w 5 dniu choroby zakaźnej. Röntgen nie daje możności zorjentowania się co do okolic i ciężkości przypadku. Co do operacyi frezami, nie podziela on entuzjazmu kol. Karbowskiego, gdyż widział on ją nawet w rękach Janzena i nie widzi wyższości od operowania dłótkiem.

*Zalewski* — twierdzi, że miejscowe objawy częstokroć nie wystarczają dla wyjaśnienia istoty cierpienia. Należy się wówczas posługiwać badaniem krwi oraz jego sposobem. Rontgen nie jest absolutnie pewnym. W sprawie operacyi frezami nie ma większego doświadczenia, lecz wogóle widzi ujemną stronę w przegrzaniu kości i masie opiłek, zalegających w ranie.

*Schwarzbart* — podkreśla, że Röntgen może oddawać bardzo duże usługi w rozpoznaniu mastoiditis nawet we wczesnem stadium. Warunkiem jest bardzo gruntowne obznajmienie ze sprawą przez specjalnie wyszkolonych röntgenologów. Dalej zauważa, że formuła leukocytowa, zwłaszcza przy parokrotnem badaniu oddaje b. cenne usługi dla określenia prognozy i wskazania operacyjnego. Praca Wąsowskiego w tej sprawie daje tu ważne wskazówki. Mówca zaznacza, że idąc za wskazówkami formuły leukocytowej zdołał jedną pacjentkę wyleczyć zachowawczo, mimo, że przypadek przebiegał wśród ciężkich objawów.

W odpowiedzi *Spiro* — nadmienia, że wyniki badań krwi nie wydają mu się dość ważkiemi, aczkolwiek w wielkiej ilości przypadków posługiwał się niemi; przedewszystkiem nie były na tyle zgodne, aby się można na nich opierać. Nie ulega wątpliwości, że struktura kości odgrywa wielką rolę w przebiegu zapaleń wyrostka sutkowego, podobnie jak konstytucja chorego i ciężkość zakażenia (żywotność, ilość i rodzaj bakterji). Jednak przy wskazaniach operacyjnych odgrywają te czynniki rolę drugorzędną już choćby z tego powodu, że ich przed zabiegiem nie znamy. Dla nas decydujące są objawy kliniczne. Na podstawie naszych dotychczasowych metod nie jesteśmy w stanie pewnie osądzić, jak

daleko proces się posunął. Ale właśnie ponieważ tego nie wiemy, nie należy zbytnio zwlekać z zabiegiem i lepiej za wcześnie niż za późno operować. Co do roli Röntgena, to mą w tym kierunku mało doświadczenia; z dyskusji zaś odnosi wrażenie, że i koledzy nie dysponują w tej dziedzinie własnem większem doświadczeniem. Wszyscy opieramy się tylko na opisach z literatury, a te są bardzo rozbieżne; naogół jednak przeważa przekonanie, że röntgenogramy nie spełniły pokładanych w nich nadziei. Metoda Zalewskiego mogłaby przy wskazaniach być bardzo pomocną; niestety jak już w odczycie wspomniał mówca, z powodu trudności technicznych nie mógł jej wykonywać na oddziale.

O znieczuleniu ogólnem w oto-laryngologji — *Szmurło.*

W dyskusji *Czarnecki* — przestrzega przed stosowaniem narkozy przez odbytnicę, uważając, że nawet mieszanka z oliwą nie zabezpiecza dalszych odcinków kiszki grubej aż do coecum przed wschłanianiem eteru, a więc może tam powstać owrzodzenie, które o ileby nawet narazie nie dało żadnych objawów, może w przyszłości być powodem zwężeń. Na ziemiach polskich pierwszy zaczął stosować tę metodę Dr. Moniuszko w szpitalu w Zwierzyńcu Lubelskim, który na 80 kilka przypadków miał 3 wypadki śmierci, przyczem przyczyna takowej nie była ustalona.

*Lubliner* — zapytuje prelegenta czy wogóle istnieją jakieś ściślej określone przeciwwskazania?

*Pieniążek* — uważa, że metoda rektalna przedstawia pewne niebezpieczeństwo zapaści u dzieci, niebezpieczeństwo iskry przy elektroskopie i t. p. Pożądanem byłoby przeprowadzenie badań sprawdzających nad udoskonaleniem dawniej stosowanych metod inhalacyjnych (chloroformowo eterowa narkoza z podawaniem tlenu lub też zneutralizowanie przykrych sensacji, wywołanych w początkach narkozy, wziewaniem wody kolońskiej przed chloroformem lub chlorkiem etylu).

*Koenigstein* — obserwował 70 kilka przypadków uśpienia eterowego per rectum, w szpitalu, gdzie pracował, przed nim stosowano w siu kilkudziesięciu przypadkach tę narkozę, przyczem dawano 30—40—50 gr. eteru na pud wagi. Wyniki były pomyślne, a wygoda nadzwyczajna przy operacjach na szyi, twarzy i głowie, gdyż nie przeszkadza osoba usypiającego. Za niewygodę uważa długotrwały sen chorego i potrzebę wykwalifikowanego personelu celem natychmiastowego wymywania eteru z odbytnicy po ukończeniu zabiegu. Na 70 przypadków ani śmierci, ani innych przykrych wypadków nie spostrzegał.

*Schwarzbart*—nie odmawia znaczenia tej metody, on pragnąłby ją widzieć ograniczoną do tych wskazań, gdzie skrupulatne znieczulenie miejscowe nowokainą nie wystarcza. Mówca większość operacyj najcięższych na twarzy i szyi przeprowadza wyłącznie w znieczuleniu miejscowem.

*Zalewski* — stosował ją w 4 przypadkach i jest z niej zadowolony.

*Wąsowski*—odpowiada, że przeciwskazaniami są: 1) zaburzenia w płucach i 2) cierpienia obostrzone odbytnicy.

Zagajenie reformy oto-laryngologji na naszych uniwersyt. ref. *Schwarzbart*

**Dyskusja.**

*Zalewski* — odpowiada, że studja oto-laryngologiczne mają teraz 76 godzin wykładów, prócz zajęć praktycznych, które jednak są niedostateczne. Obecnie istnieje projekt, by wliczyć to studjum do rygorozum. Zdaniem jego sprawę tą należy powitać z zadowoleniem, gdyż to może dopomódz sprawie nauczania.

*Lubliner* — przypomina opracowanie ankiety i projektu, złożonego odpowiednim władzom celem wydania przepisów co do używania tytułu specjalisty. Co do projektów, wyłanianych przez prelegenta, jest zdania, że sprawa nauczania nie może być rozstrzygana przez nas bez zgody i zapytania sfer miarodajnych.

Na zakończenie zjazd uchwala, żeby memorjał dr. Schwarzbarta przesłać do rozważenia odnośnego resortu przy ministerstwie.

*Dylewski*—pokazuje aparat skonstruowany przez siebie, który pozwala utrzymać w żądanej pozycji głowę chorego podczas zabiegów usznych lub nosowych.

Typy niemoty — ref. *Schwarzbart.*

W dyskusji *Zamenhof* podkreśla niezwykłą doniosłość podniesienia tego tematu w kołach otologów, gdyż precyzyjne badanie słuchu ma w omawianych sprawach kolosalne znaczenie. Często wszystkie typy niemoty odnosi się do głuchoniemoty, następstwem czego jest mylne skierowanie do nieodpowiednich zakładów i wadliwe nauczanie. Co się tyczy statystyki, z przykrością stwierdzić

należy, że takowej nie posiadamy, wobec czego wszelkie nasze obliczenia mogą być dalekie od prawdy.

*Laskiewicz* — pokazuje kauter i cytuje, że Feld był pierwszym, który zastosował w gruźlicy krtani sole złota i Cu. Te ostatnie zwłaszcza wykazywały już in vitro wpływ hamujący dalszy wzrost tbc, lecz po wstrzyknięciu dożylnem miał właściwości trujące. Stąd Urażny z Grazu powziął myśl ominięcia wprowadzania dożylnego miedzi i zastosowania jej miejscowo w postaci kaustyki, przyczem zauważył, że Cu w tkance się utlenia i jako tlenek osadza się dokoła ogniska chorobowego. Wystarcza nawinięcie cienkiego drucika miedzianego na śpiczasty kauter; Urażny początkowo zastosował ten system na rozrostach muszel, które po zbadaniu histopatologicznem wykazały całe mnóstwo cząstek $CuO_2$ dokoła blizny po wkłuciu kauteru. Strefa dokoła której cząsteczki się usadowiły sięgała 2—3 milm. w promieniu; litowo karminowy odczyn w tkance wykazywał je. Cząsteczki te, reagując mogły tu dłużej działać na ognisko gruźlicze. W krtani można zastosować wypalenie brzegów nacieklego ogniska 1 b. c. Działanie bardzo pomyślne, bóle połykowe znikały szybko po kilku dniach. Nieznaczny, ograniczony odczyn zapalny, który wraz z otoczeniem pokrywał się szybko i dokładnie grubą wypocicą włóknikową. Podwyżka ciepłoty nieznaczna 2 dni. Zwłaszcza odczyn okołoogniskowy obrzęku znikał po 2 dniach, a obraz krtaniowy był przejrzystszy. Obrzęki troficzne zmniejszały się, perichondritis nie było. Te złogi drobin Cu powodują na czas dłuższy odporność miejscową tkanek, a także zapobiegają nawrotom. *Gumiński*

## Sprawy bieżące.

„Dnia 11 listopada grono uczniów i przyjaciół kol. *Leopolda Lublinera* ordynatora oddziału otolaryngologicznego w szpitalu Żydowskim na Czystem, składało mu wyrazy uznania i serdeczne życzenia z powodu 40 lecia jego pracy na polu otolaryngologji. Czcigodnemu Jubilatowi, wielce zasłużonemu pracownikowi na polu otolaryngologji, autorowi licznych cennych prac w tej dziedzinie Redakcja Przeglądu przesyła najserdeczniejsze życzenia dobrego zdrowia i długich lat pracy w umiłowanej dziedzinie na pożytek chorych i nauki ojczystej.

W lecie roku przyszłego odbędzie się w Kopenhadze kongres międzynarodowy otolaryngologji.

Pomiędzy 16 i 20 - go października odbył się w Paryżu kongres doroczny otolaryngologów francuskich. Głównemi tematami były: 1) Indications therapeutiques dans la tuberculose laryngee i 2) Insuffisance de la respiration nasale.

We wrześniu r. b. zmarł nieoczekiwanie podczas podróży po Włoszech wybitny otolaryngolog niemiecki prof. Paul Manasse, autor wybitnego dzieła Anatomja Patologiczna ucha wraz z doskonałym atlasem.

W sierpniu b. r. zmarł wybitny fizjolog z Utrechtu Magnus autor kapitalnych prac dotyczących czynności narządu statycznego ucha.

Zarząd Polskiego T-wa Radjologicznego prosi nas o zamieszczenie następującej odezwy: „W celu skuteczniejszej obrony interesów radiologów polskich oraz mając na względzie podniesienie poziomu radiologji lekarskiej w Polsce, upraszamy wszystkich kol. zajmujących się lub interesujących radiologją a nie należących do Polskiego T-wa Radiologicznego o zapisywanie się na jego członków".

**Od Redakcji:**

**Upraszamy Szan. Kolegów zalegających w opłacie członkowskiej o wpłacenie składki członkowskiej do Redakcji Przeglądu na Konto P.K.O. 80,818.**

## RESUMÉ DES ARTICLES.

*A. Laskiewicz.* Histoire du developpement et de l'organisation de la clinique oto-laryngologique a Poznań. C'est une courte esquisse concernant le fondement et l'organisation de la clinique oto-laryngologique de Poznań, laquelle, malgre les conditions defavorables au moment de sa creation, a demontré une grande activité dans le domaine thérapeutique et scientifique.

*J. Szmurło.* La narcose rectale en oto-laryngologie. Malgré les grands succés obtenu en oto-laryngologie avec l'anesthesie locale, on ne peut pas se passer sans l'anésthésie générale. L'auteur insiste sur la valeur de l'anésthesie rectale surpassant considerablement celle par les voies respiratoires. On n'est pas obligé d'employer le masque causant beaucoup d'ennuie au cours de l'opération. Le sommeil est trés tranquille et n'est acompagné d'aucuns troubles. Dans la clinique de Wilno on l'a appliqué, pendant 3 ans, dans plus de 120 cas et on n'a observé aucune complication sérieuse causée par l'ether. L'auteur administre 2 grammes d'une mélange de l'ether avec l'huite d'olive aux partis égaux, pour 1 kilo de poids du malade où on ajoute 5—10 gr. de 10% solution de l'huile camphree. On peut appliquer l'anesthésie rectale pure ou combinée avec celle par voies respiratoire avant le commencement de l'opération d'aprés la methode Jacod modifiée par l'auteur, ou avec l'anesthesie locale.

*A. Laskiewicz.* Les réactions biologiques dans le sclérome. L'auteur, en but d'etablir les proprietés biologiques du bacille de Frisch, a entrepris une longue série de recherches en 1922 dans le laboratoire de bactériologie de l'Université de Cracovie. Il a comparé les propriétés biologiques du bacille de sclerome a celui d'ozene, et à l'aide de la culture et de la méthode d'agglutination il a etabli definitivement la specifité du bacille de sclérome. Les protocoles de nombreuses éxperiences approuvent ses opinions.

*A. Laskiewicz.* Les calculs des glandes salivaires et de leur conduits. L'auteur analyse la question de la pathogénie, de la structure et de la clinique de ces calculs. Le travail est illustré de quelques observations personnelles et des roentgenogrames.

*Pieńkowski.* La grandeur et la forme du pavillon de l'oreille chez la population polonaise au depar-

tement de Vilno. Travail antropologique accomplie dans la clinique oto-laryngologique sur plus de 100 personnes ayant pour but de déterminer les signes antropologiques du pavillon de l'oreille chez les polonais de Wilno et de ses environs.

Dr. *Dylewski*. Un appareil fixant et immobiliant la tete du malade pendant les opérations craniennes. La déscription est illustrée par les figures. Depuis 1925 cet appareil est en usage continuel dans la clinique de Wilno ou il a prouvé toute son utilité.

Dr. *Gołdyński*. Quelques remarques sur la pathogénie et le tableau clinique des kystes dentaires de l'os maxillaire. L'auteur fait court aperçu de la pathogénie et de la clinique de cette affection. En se basant sur leur pathogenie il les divise: 1) en kystes d'origine inflammatoire de racines dentaires, 2) en kystes folliculaires relevés des troubles de développement du germe dentaire. Quant aux signes diagnostiques, auteur insiste sur le bombement et la fluctuation de la paroi osseuse, aux environs de la fosse canine, accompagnés du craquement parchemine, le resultat de l'examen du liquide du kyste sur la présence de la cholestearine, la découverte de l'epithelium plat par la biopsie, ce qui n'est pas sûr, la radiographie. Quant au traitement, l'auteur est partisan de la methode operatoire de Canfield-Sturman.

Dr. *Dylewski*. Une gouge modifiée pour l'opération dans la profondeur de l'apophyse mastoïdienne. L'auteur propose pour la trépanation de l'apophyse, au voisinage du nerf facial et du sinus, une gouge courbe aux bord sciés, ce qui empeche la gouge de pénetrer dans la profondeur. Les figures illustrent la forme de la gouge.

Dr. *Schwarzbart*. Un nouveau tableau schematique du langage et de l'écriture. Le tableau schématique de l'auter se basant sur les théories modernes concernant le langage et ses anomalies, présente des élements nouveaux en y introduisant les centres du langage et de la mémoire visuelle, de la volonté de parler, le centre et les voies de la memoire des mouvements et de la position. La manière d'application pratique du tableau est illustrée par quelques figures schématiques.

---